L'UNION MÉDICALE

Paris. Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL

DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES

MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL

GÉRANT : le docteur G. RICHELOT.

RÉDACTEUR EN CHEF : le docteur L.-GUSTAVE RICHELOT.

TROISIÈME SÉRIE

TOME TRENTE-HUITIÈME

PARIS,

AUX BUREAUX DU JOURNAL

RUE DE LA GRANGE-BATELIÈRE, 11

—

ANNÉE 1884

Sommaire

Sur le pronostic des mutilations de la main.

Sous ce titre, M. Guermonprez (de Lille) a présenté récemment à la Société de chirurgie un mémoire appuyé sur une quinzaine d'observations personnelles. Il s'agit de mutilations produites par des coups d'engrenage; les blessures remontent à une époque éloignée, ce qui permet d'observer des résultats définitifs au point de vue de la restitution partielle ou intégrale des mouvements. De plus, l'auteur a joint à son travail une série de gravures qui rendent bien compte des divers types de mutilations de la main et des modes de préhension qui restaient aux blessés.

« Le choix entre l'intervention chirurgicale primitive et la régularisation tardive est encore, dit l'auteur, une question controversée. » Tel n'est pas notre avis. Il est possible que la question soit *ignorée* de quelques médecins, mais je ne crois pas qu'on puisse la dire sérieusement *controversée*. En d'autres termes, l'opinion des chirurgiens d'expérience est faite depuis longtemps et l'intervention primitive condamnée d'une façon générale. Nous savons aujourd'hui qu'en présence des blessures graves de la main, il faut toujours s'abstenir de résections et d'amputations partielles, et laisser la nature sauver elle-même ce qui peut vivre, éliminer ce qui doit disparaître. Sans parler des accidents que la méthode antiseptique nous permet aujourd'hui, mieux qu'autrefois, de conjurer, il nous reste encore de sérieux motifs d'abstention. Les opérations réglées, telles que les désarticulations phalangiennes, retranchent presque toujours au delà du nécessaire. Il est impossible de prévoir exactement quelles parties seront éliminées, quelles autres sont destinées à vivre; par suite, on s'expose à faire des sacrifices inutiles. Or, tout sacrifice dans cette région est déplorable, car la moindre partie a son utilité fonctionnelle; tout ce qui reste est bon à garder. Si par hasard une cicatrice ou une consolidation vicieuse arrive à produire quelque infirmité, il est temps alors d'intervenir secondairement; le travail de réparation accompli ou tout au moins avancé, on est sûr de n'enlever que la partie qui gêne.

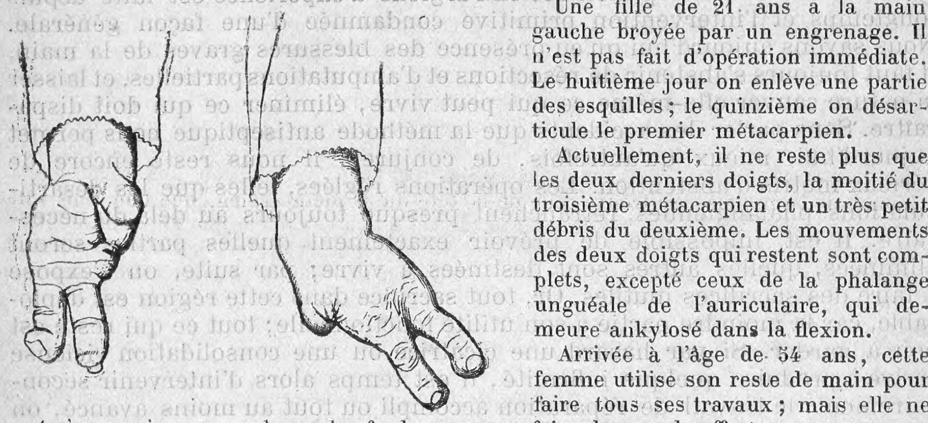
Tels sont les principes sur lesquels il n'est jamais inutile de revenir, puisqu'ils sont encore trop souvent méconnus. Il ne s'agit pas, bien entendu, de laisser les blessés pourvus de moignons plus nuisibles qu'utiles, déviés ou inertes, heurtant les objets sans pouvoir les saisir, mettant obstacle aux mouvements des autres doigts. Il s'agit de ne rien faire au moment de la blessure, pour intervenir plus tard en connaissance de cause. Denonvilliers enseignait avec autorité ces règles de chirurgie conservatrice. M. Verneuil, dans le tome Ier de ses *Mémoires de chirurgie*, leur donne une force nouvelle : on doit laisser les choses en l'état où les a mises l'agent vulnérant, et s'attacher seulement à prévenir ou à combattre les accidents du traumatisme. « La nature, dit-il, fait d'elle-même la part du feu..., et peu à peu l'on voit, non sans surprise, les dégâts qu'on croyait énormes se réduire à la perte de quelques phalanges et de quelques lambeaux cutanés... *En cas d'écrasements ou de blessures de la main par les machines, il ne faut jamais opérer primitivement ni régulariser les plaies...* » On doit se garder même de « régulariser »; car, si nous faisons une concession sur ce dernier mot, où s'arrêtera la régularisation entre des mains inexpérimentées? Il vaut toujours mieux ne rien faire le premier jour, puisque l'intervention secondaire, quand elle devient opportune, est ordinairement très bénigne et toujours plus restreinte qu'on ne l'aurait cru d'abord. — D'ailleurs, « il n'est pas nécessaire d'attendre la cicatrisation complète pour juger ce que produira le travail réparateur naturel. Vers la fin du premier mois, on

prévoit sans peine la formation inévitable de certaines défectuosités, et rien n'empêche de les corriger d'avance. Alors on ampute un doigt flottant, on désarticule un tronçon saillant de phalange, on résèque une extrémité métacarpienne luxée et faisant issue dans la plaie... » (Verneuil, *ibid.*)

M. Guermonprez arrive à des conclusions conformes : « On peut, dit-il, obtenir la restitution de la dextérité et de la vigueur de la main aussi bien par l'intervention chirurgicale tardive que par les amputations et les désarticulations primitives. — Les opérations primitives, alors même qu'elles ne sont suivies d'aucun accident, ne mettent pas toujours à l'abri des atrophies secondaires et des dépréciations définitives, au point de vue de la vigueur et de la dextérité. — Il y a donc lieu de préférer les régularisations tardives à l'intervention chirurgicale du premier jour ». Ces paroles sont sages, mais empreintes de quelque mollesse, et nous aurions voulu que l'auteur se demandât, dans quelques-uns des faits qu'il rapporte, si l'abstention n'aurait pas conservé à ces mains mutilées des parties utiles qui furent sacrifiées en pure perte.

I. — Mutilations du côté radial.

Obs. I. — *Conservation de tous les mouvements, excepté ceux de la dernière phalange. — Très notable diminution de la vigueur de la main.*



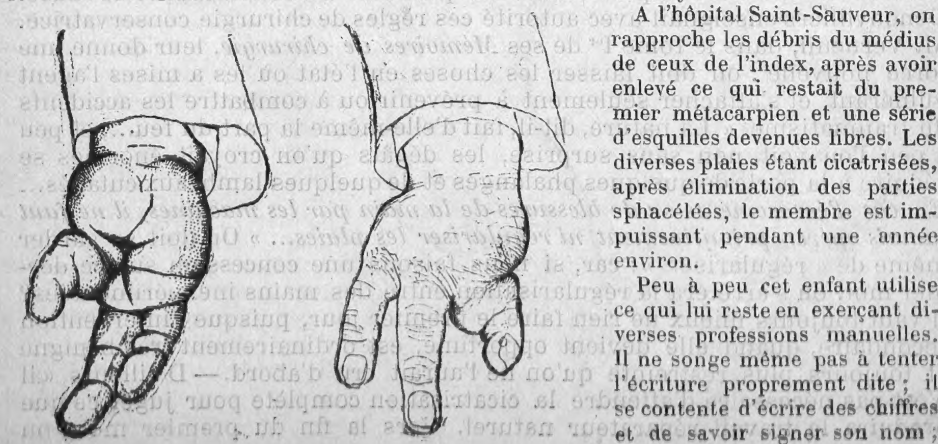
Une fille de 21 ans a la main gauche broyée par un engrenage. Il n'est pas fait d'opération immédiate. Le huitième jour on enlève une partie des esquilles ; le quinzième on désarticule le premier métacarpien.

Actuellement, il ne reste plus que les deux derniers doigts, la moitié du troisième métacarpien et un très petit débris du deuxième. Les mouvements des deux doigts qui restent sont complets, excepté ceux de la phalange unguéale de l'auriculaire, qui demeure ankylosé dans la flexion.

Arrivée à l'âge de 54 ans, cette femme utilise son reste de main pour faire tous ses travaux ; mais elle ne peut s'en servir pour soulever des fardeaux, pour faire de grands efforts.

Obs. II. — *Perte complète du pouce et des deux premiers métacarpiens ; suture d'un débris d'index et d'un débris de médius. — Adaptation de ce doigt nouveau aux fonctions d'opposition ; conservation d'une assez grande vigueur pour le coup de marteau, le maniement de la manivelle, etc. ; conservation d'une certaine dextérité.*

Un garçon de 13 ans a la main prise par l'engrenage d'un métier à peigner le lin. Le pouce est complètement détaché. L'index et le médius sont broyés.

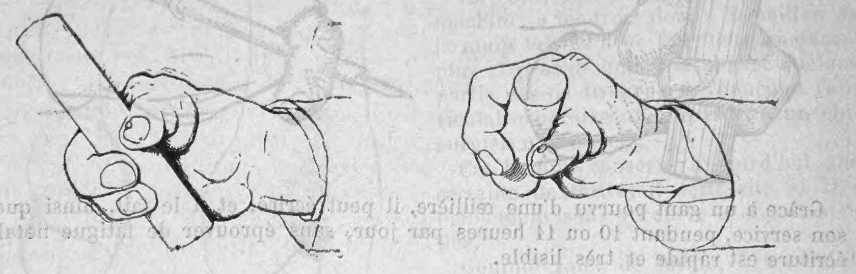


A l'hôpital Saint-Sauveur, on rapproche les débris du médius de ceux de l'index, après avoir enlevé ce qui restait du premier métacarpien et une série d'esquilles devenues libres. Les diverses plaies étant cicatrisées, après élimination des parties sphacélées, le membre est impuissant pendant une année environ.

Peu à peu cet enfant utilise ce qui lui reste en exerçant diverses professions manuelles. Il ne songe même pas à tenter l'écriture proprement dite ; il se contente d'écrire des chiffres et de savoir signer son nom ;

mais il se livre à des travaux variés, tantôt de force, tantôt d'adresse, et il est arrivé à faire subir à son premier doigt une série de modifications, jusqu'à en faire en quelque sorte un nouveau pouce.

Actuellement, 24 ans après l'accident, cet homme est marchand de légunes, et, comme tel, il est seul pour cultiver sa terre, porter des fardeaux, conduire son cheval. Dans



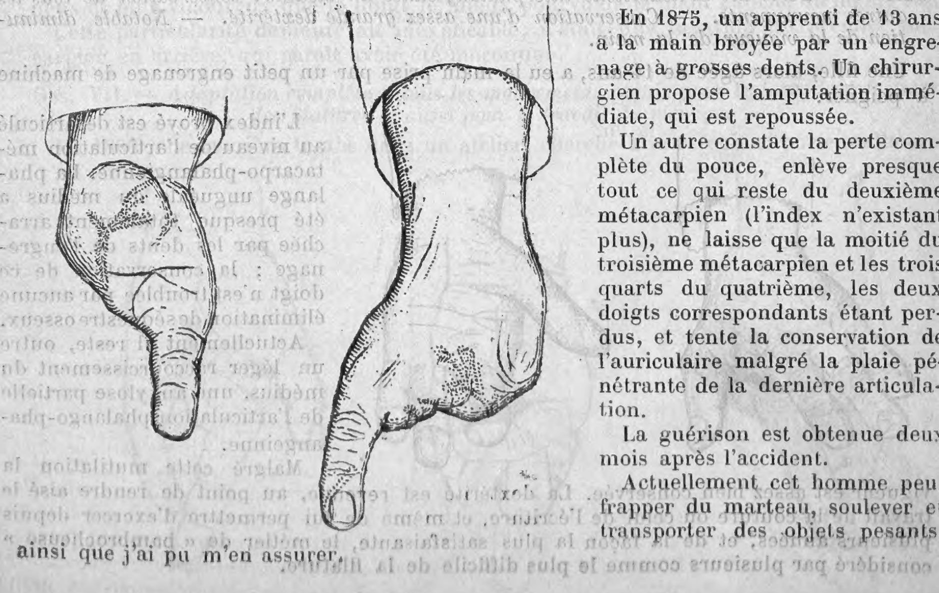
toutes ces circonstances, il se sert de son premier doigt comme d'un pouce véritable et l'oppose très aisément aux deux autres doigts, ainsi que le montre la figure prise au moment où il manœuvre une manivelle et aussi celle qui représente la fin d'un coup de marteau.

En examinant attentivement ce premier doigt, on trouve, sur le côté interne d'un ongle conservé dans sa totalité et conformé d'une façon régulière, un autre petit ongle, plus épais que le premier, suivant une direction à peu près perpendiculaire, et donnant à L... la sensation d'une partie appartenant à un autre doigt.

L'exploration du squelette permet d'apprécier très nettement l'existence de deux phalanges, l'une, unguéale, tellement longue qu'elle paraît être le résultat de la soudure de deux débris d'une certaine importance ; l'autre, métacarpienne, un peu plus étroite et moins longue que la phalange correspondante de l'index ou du médius de la main gauche.

La situation de cette phalange est très étrange : elle se luxe sur son métacarpien pour remplir ses fonctions de pouce. C'est ce qu'indique le dessin pris pendant le maniement de la manivelle. En avant de la saillie que fait l'articulation métacarpo-phalangienne de l'annulaire, se trouve celle de la tête du 3e métacarpien, que l'on sent intact sous la peau. C'est avec la partie latérale de cet os que s'unit la phalange du doigt correspondant, à l'aide d'une articulation remarquable par sa grande laxité. C'est dans un plan presque perpendiculaire à l'axe de ce métacarpien que le pouce effectue des mouvements d'opposition.

Obs. III. — *Conservation d'un doigt d'une grande dextérité. — Possibilité de soulever des objets pesants et de les transporter à distance. — Possibilité de manier le marteau, la manivelle, et de faire d'autres travaux de force. — Habitude prise de faire chaque jour, sans fatigue notable, dix à onze heures de travail d'écriture.*

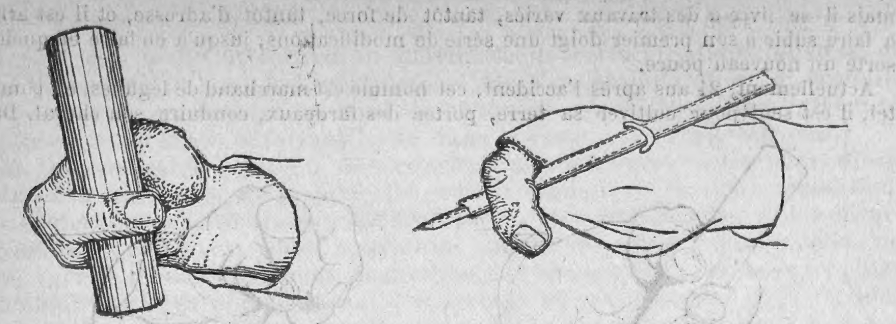


En 1875, un apprenti de 13 ans a la main broyée par un engrenage à grosses dents. Un chirurgien propose l'amputation immédiate, qui est repoussée.

Un autre constate la perte complète du pouce, enlève presque tout ce qui reste du deuxième métacarpien (l'index n'existant plus), ne laisse que la moitié du troisième métacarpien et les trois quarts du quatrième, les deux doigts correspondants étant perdus, et tente la conservation de l'auriculaire malgré la plaie pénétrante de la dernière articulation.

La guérison est obtenue deux mois après l'accident.

Actuellement cet homme peut frapper du marteau, soulever et transporter des objets pesants, ainsi que j'ai pu m'en assurer.

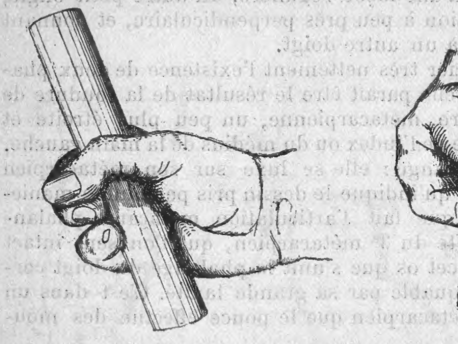



Grâce à un gant pourvu d'une œillière, il peut écrire, et il le fait, ainsi que l'exige son service, pendant 10 ou 11 heures par jour, sans éprouver de fatigue notable. Son écriture est rapide et très lisible.

II. — Mutilations des parties médianes.

Obs. IV. — *Vigueur conservée. — Dextérité pour faire les pansements.*

Dans ce cas, l'amputation du médius et de l'annulaire a été faite aussitôt après l'accident.

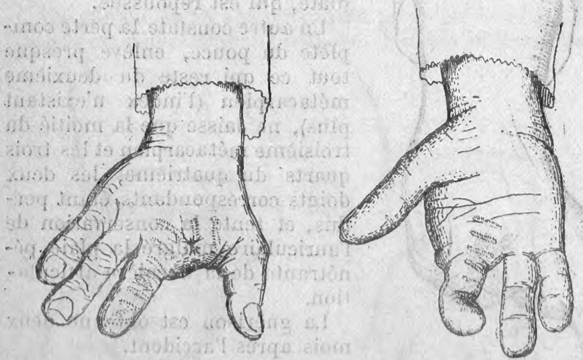



Bien que les trois autres doigts soient intacts, à l'exception de la phalange unguéale de l'auriculaire, la vigueur est parfois diminuée ; c'est lorsqu'il s'agit de serrer des objets de grosse dimension. La vigueur est au contraire intacte et il y a même une grande résistance à la fatigue, lorsqu'il s'agit de manier des objets, même très pesants, si la poignée n'a pas plus de 2 centimètres d'épaisseur.

La dextérité est vraiment bonne, surtout lorsqu'il s'agit de faire des pansements. Il faut signaler, toutefois, une sensation de fatigue, avec du tremblement, lorsque le travail de l'écriture est un peu trop prolongé. Il n'y a cependant pas de véritable crampe des écrivains.

Obs. V. — *Perte des articulations interphalangiennes du médius ; conservation de tous les autres mouvements. — Conservation d'une assez grande dextérité. — Notable diminution de la vigueur de la main.*

Une fille, alors âgée de 14 ans, a eu la main prise par un petit engrenage de machine à peigner.

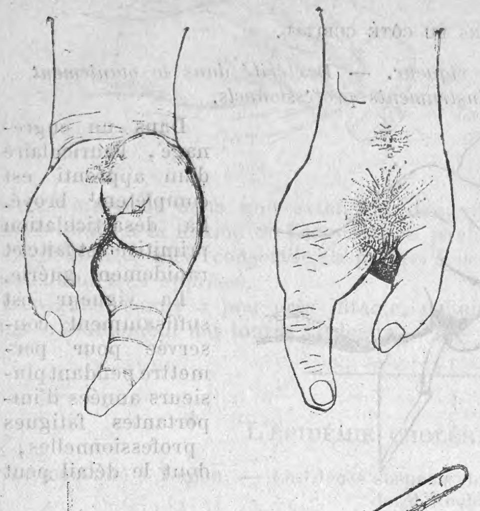


L'index broyé est désarticulé au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne. La phalange unguéale du médius a été presque totalement arrachée par les dents de l'engrenage ; la conservation de ce doigt n'est troublée par aucune élimination de séquestre osseux.

Actuellement il reste, outre un léger raccourcissement du médius, une ankylose partielle de l'articulation phalango-phalangeinne.

Malgré cette mutilation la vigueur est assez bien conservée. La dextérité est revenue, au point de rendre aisé le travail de la couture ou celui de l'écriture, et même de lui permettre d'exercer depuis plusieurs années, et de la façon la plus satisfaisante, le métier de « bambrocheuse » considéré par plusieurs comme le plus difficile de la filature.

OBS. VI. — *Perte complète de l'index, du médius et de l'annulaire, avec leurs métacarpiens. — Luxation du premier métacarpien en arrière ; atrophie secondaire du pouce. — Conservation de l'auriculaire et de la région hypothénar ; hypertrophie secondaire de l'une et de l'autre. — Vigueur suffisante pour manier le marteau, porter des fardeaux, etc. — Écriture rapide et facile à lire.*



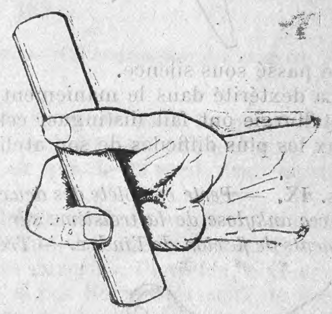
En 1868, un enfant, jouant près d'une machine, a les trois doigts du milieu de la main broyés avec tous leurs métacarpins et probablement aussi avec quelque partie des os du carpe. Le pouce et l'auriculaire paraissent intacts. Aucun chirurgien n'intervient.

Cet homme conserve aujourd'hui une certaine dextérité; il écrit vite et très lisiblement sans recourir à aucun artifice.

Comme valet de ferme, il a conduit des chevaux difficiles, battu le blé, manié de lourds instruments de travail, porté des fardeaux, absolument comme ses compagnons.

Actuellement cocher de tramway, il





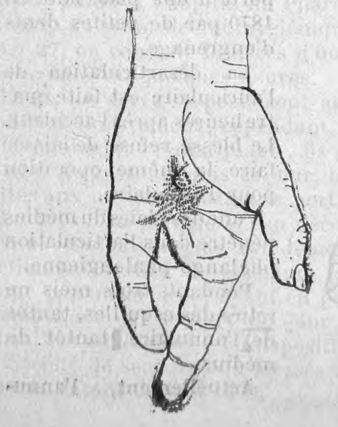
conduit toujours deux chevaux, serre rapidement le frein, et peut au besoin faire, à l'aide de ce reste de main, un travail de grande vigueur, ainsi que j'ai pu le constater plusieurs fois.

Et cependant, on ne peut voir la face dorsale et surtout la face palmaire de cette main sans être frappé de la disposition qui existe entre les deux débris : le pouce et l'éminence thénar atrophiés, d'une part, l'auriculaire et l'éminence hypothénar singulièrement hypertrophiés, d'autre part. Ce dernier doigt est même beaucoup plus volumineux et plus vigoureux que le doigt le mieux pourvu de la main gauche du même sujet.

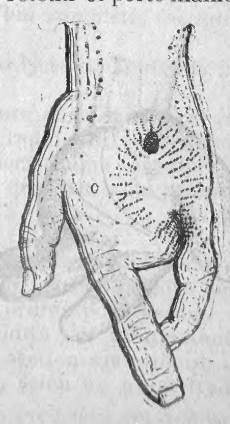
Cette particularité demeurerait inexplicable, n'était une luxation du premier métacarpien en arrière, qui paraît avoir été méconnue.

OBS. VII. — ***Adaptation complète à tous les mouvements requis pour le travail professionnel des filatures et aussi pour le travail du ménage.***

En 1880, une ouvrière tombe dans un atelier, cherche à se retenir et porte malheureu-





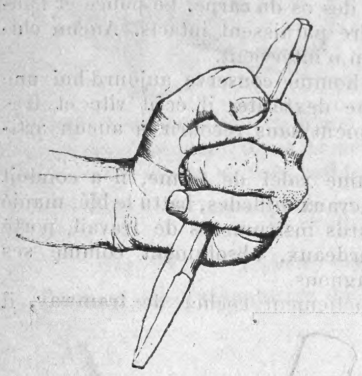


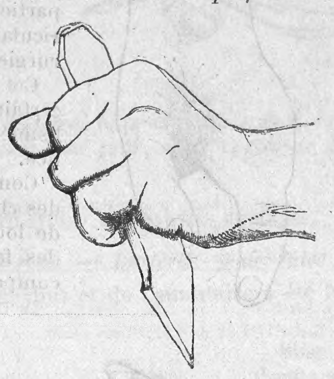
sement la main entre deux roues d'engrenage. La plaie est régularisée aussitôt ; le médius est désarticulé ; l'annulaire est amputé avec la moitié de son métacarpien.

Actuellement, la vigueur et la dextérité permettent tous les mouvements professionnels et tous ceux que comporte le travail du ménage.

III. — Mutilations du côté cubital.

Obs. VIII. — *Conservation d'une grande vigueur. — Dextérité dans le maniement du burin et des autres instruments professionnels.*



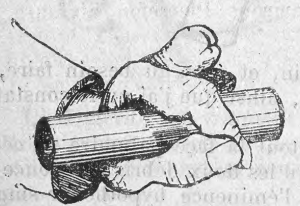


Dans un engrenage, l'auriculaire d'un apprenti est complètemt broyé. La désarticulation primitive est faite et rapidement guérie.

La vigueur est suffisamment conservée pour permettre pendant plusieurs années d'importantes fatigues professionnelles, dont le détail peut être passé sous silence.

La dextérité dans le maniement du burin et des autres instruments connus dans la métallurgie ont fait distinguer cet homme, qui a été choisi d'abord pour faire les travaux les plus difficiles de son atelier, puis pour en être le contremaître.

Obs. IX. — *Perte complète des deux derniers doigts. — Perte de deux phalanges du médius, avec ankylose de la troisième sur son métacarpien. — Diminution importante des mouvements de flexion de l'index. — Très grande diminution de vigueur. — Aucune dextérité.*

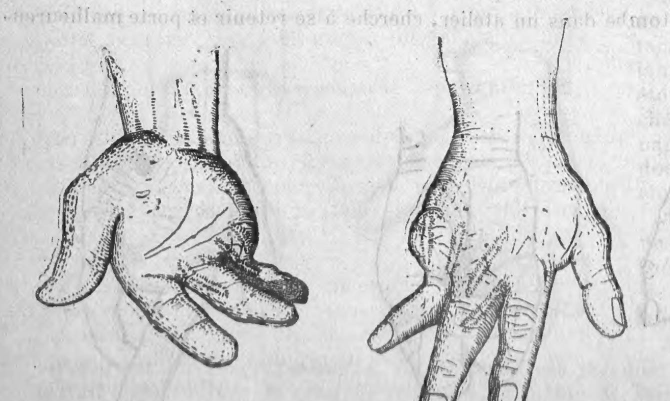


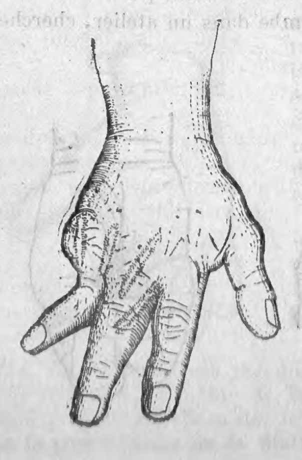
En 1877, un alcoolique âgé de 55 ans est atteint d'un coup d'engrenage. Les plaies sont régularisées aussitôt après l'accident. Les deux derniers doigts sont désarticulés, et aussi les deux dernières phalanges du médius.

Actuellement, le reste de ce dernier doigt est ankylosé. L'index a perdu une part importante de ses mouvements de flexion, toute la main est d'ailleurs atrophiée.

Il n'y a enfin aucune dextérité, et ce qui reste de vigueur est tellement minime, que cet homme est souvent incapable de manier la manivelle d'une grue très ordinaire à l'aide de cette seule main.

Obs. X — *Perte de l'auriculaire. — Ankylose interphalangienne de l'annulaire. — Conservation presque intégrale des mouvements du médius — Vigueur et dextérité.*





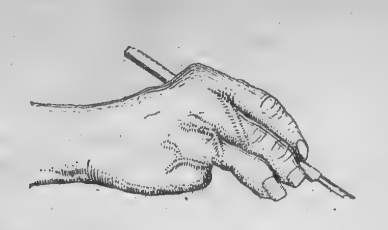
Ce dernier fait se rapporte à une plaie faite en 1870 par de petites dents d'engrenage.

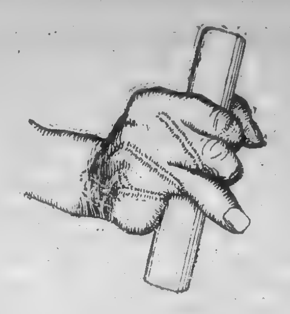
La désarticulation de l'auriculaire est faite quatre heures après l'accident. Le blessé refuse de laisser faire la même opération pour l'annulaire.

L'une des plaies du médius pénètre dans l'articulation phalango-phalangienne.

Pendant trois mois on retire des esquilles, tantôt de l'annulaire, tantôt du médius.

Actuellement, l'annu-





laire est ankylosé dans une extension irrégulière. Les mouvements du médius sont limités quant à la flexion de l'articulation phalango-phalangienne.

La dextérité, bien conservée, a permis à cet homme d'être d'abord ajusteur, puis dessinateur très apprécié.

La vigueur serait à peu près intacte, n'était la fatigue survenant assez rapidement dans le maniement des lourds fardeaux.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE EN 1884.

La mortalité à Toulon. — Les décès suspects de Marseille. — La conclusion du rapport de M. Rochard.

A Toulon, la mortalité cholérique du 26 juin a été de 7 décès dans la population civile et de 3 dans la garnison. Dans les hôpitaux, la morbidité est de 64. Parmi les décès, on cite celui d'une femme habitant Callobières, et qui, le 23 avril, avait quitté Toulon.

Le 27 juin, on compte 9 décès : 10 entrées dans les hôpitaux de la marine, 5 à l'hôpital civil, et une morbidité de 84 cholériques pour la totalité des établissements hospitaliers. Parmi les décédés, 5 habitaient les communes des environs, Pierrefeu, Sixfours, Tourris, etc. Il serait intéressant de savoir exactement si ces décès sont ceux de personnes émigrées hors de Toulon, ou bien de villageois de ces localités. La mort rapide d'un lieutenant d'infanterie de marine, atteint pendant les exercices du polygone et succombant quatre heures après, cause une vive impression, d'autant plus que cet officier revenait de congé.

Le 28, le nombre des décès s'élève à 9, et, le 29, on en compte autant dans Toulon et sa banlieue.

La dissémination de la garnison continue; 300 hommes d'infanterie de marine campent au cap Sepet; 100 au fort du cap Brun; l'artillerie de forteresse au fort Faron avec une fraction d'un bataillon du 61e de ligne. De nouveaux pontons sont en organisation pour les équipages de la flotte et stationneront dans la baie des Vignettes.

A la Seyne, une partie des ouvriers italiens vont être dispersés et camper sous la tente.

A Marseille, le premier cas, observé le 26, est celui d'un mousse faisant partie de l'équipage d'une barque qui fait le cabotage entre Cannes et Marseille. C'est le premier malade admis à l'hôpital du Pharo, dont l'installation, aujourd'hui complète, est satisfaisante au point de vue hygiénique.

Le 27, on constate le décès d'un jeune homme qui, licencié du lycée de Toulon le 21, a succombé en quelques heures.

Le 28, les décès suspects sont au nombre de 6, mais leur nature cholérique n'est pas établie définitivement; cependant, la marche des accidents a été rapide et, circonstance épidémiologique remarquable, ils sont survenus dans des quartiers éloignés les uns des autres. Au reste, depuis ce jour, les autorités sanitaires refusent de délivrer des patentes nettes aux navires quittant le port.

Le 29, on ne signale aucun décès suspect.

Pour combattre plus rapidement l'épidémie, la municipalité marseillaise vient de sectionner la ville en plusieurs circonscriptions. Le personnel de chacune d'elles sera dirigé par un médecin ayant en permanence des aides sous ses ordres pour assurer la promptitude des secours de jour et de nuit, ainsi que la rapidité des inhumations. Parmi les auxiliaires à la disposition de ce service, on signale la section marseillaise de la Société de secours aux blessés et la corporation des portefaix, selon un usage traditionnel datant de l'an 1300.

L'épidémie n'augmente donc pas, et malgré les cas qui se reproduisent aux environs de Toulon et à Marseille, cas dont l'origine n'est pas toujours bien déterminée, il n'en est pas moins vrai que le choléra présente ici un caractère d'atténuation qui fait hésiter entre la forme simplement sporadique et la forme réellement épidémique. Telle est l'opinion de M. Rochard dans son rapport au ministre de la marine, après une première enquête à laquelle il se livre sur place.

Il est instructif, au point de vue de la mortalité dans l'épidémie actuelle, de noter que la marche de la mortalité par le choléra de Toulon en 1865 ne fut pas dès l'abord très élevée. Dans l'épidémie actuelle, l'invasion est plus meurtrière.

D'autre part on a invoqué, dans son étiologie, le transport des contagions par des effets renfermés dans les sacs de matelots morts du choléra en Cochinchine. Cette hypothèse, qui n'est pas vérifiée, n'a pas le mérite de la nouveauté. En 1865, on a fait intervenir le linge contenu dans le sac d'un matelot du navire le *Sainte-Marie* pour expliquer l'origine de l'épidémie de la Guadeloupe.

Là aussi on crut au début au choléra sporadique. On invoqua aussi l'insalubrité de la ville et même, d'après Marchal (de Calvi), MM. Jouannet et Lherminier fils « reçurent l'intimation de se taire, et on alla jusqu'à les menacer de la prison ». Le mot de choléra asiatique était donc séditieux à cette époque ; heureusement qu'en ce moment il n'en est pas ainsi, et que nous ne serons pas mis en prison si nous osons dire, malgré l'autorité reconnue de M. Fauvel, qu'il nous semble bien difficile de ne pas croire au caractère asiatique de l'épidémie toulonnaise.

C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 juin 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

Sommaire : Présentations. — Suite de la discussion sur la conicité physiologique des moignons d'amputation. — Rapport sur une observation de plaie pénétrante du crâne par coup de feu ; fracture par contre-coup. — Rapport sur une observation de kyste hydatique de la prostate. — Communication : observation d'adénome de la partie antérieure du rectum chez l'adulte. — Présentation de malade.

M. Polaillon présente, au nom de M. le docteur Ladreit de la Charrière, les articles surdi-mutité et surdité extraits du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

— M. Richelot présente, au nom de M. le docteur Closmadeuc (de Vannes), une observation d'opération césarienne pratiquée le 10 juin dernier sur une naine qui avait un rétrécissement du bassin rendant l'accouchement impossible par les voies naturelles. Jusqu'à ce jour, la mère et l'enfant se portent bien; l'auteur ajoute que si, comme il l'espère, cette femme se rétablit, ce sera la troisième opération de ce genre qu'il aura pratiquée avec succès, c'est-à-dire avec rétablissement complet de l'opérée.

— M. Trélat, à l'occasion du procès-verbal de la dernière séance et de la discussion soulevée par le rapport de M. Verneuil relative à une observation de conicité physiologique des moignons d'amputation, lit une courte note destinée à préciser les points qu'il n'avait fait qu'indiquer dans la discussion.

— M. Chauvel lit un rapport sur une observation adressée par M. le docteur Moty, médecin-major, relative à une observation de plaie pénétrante du crâne par coup de feu et de fracture par contre-coup.

Depuis plus d'un siècle, dit M. le rapporteur, les chirurgiens discutent sur l'existence et le mode de production des fractures indirectes ou par contre-coup de la base du crâne; et la question ne paraît pas encore résolue, au moins en ce qui concerne les coups de feu. M. Moty ne met pas en doute la possibilité de ces lésions. A l'appui de son opinion il a envoyé, à défaut de la pièce anatomique qu'il n'a pu conserver, une observation et un dessin de la pièce.

Le sujet de l'observation est un Arabe tué par un coup de feu tiré à très petite distance. L'autopsie permit de constater l'existence d'une plaie pénétrante du crâne, située au-dessus de l'oreille gauche dont le pavillon est légèrement échancré, d'une ecchymose palpébrale et sous-conjonctivale, enfin des traces évidentes d'un écoulement

de sang par les deux narines. Le dessin de la pièce montre que l'ouverture était arrondie et de très petit diamètre.

La calotte cranienne enlevée par un trait de scie qui divise le trou d'entrée du projectile, on reconnaît, dit M. Moty : 1° que la balle, suivant une direction rectiligne, a intéressé le lobe temporal gauche, a continué son trajet entre le cerveau et le cervelet où son passage a laissé peu de traces, et a pénétré enfin dans le lobe pariétal droit à la partie supérieure duquel on la retrouve. En ce point, elle a été arrêtée par l'os qu'elle a légèrement contusionné, comme le démontre une très légère teinte rosée du périoste. De nombreuses et petites ecchymoses tapissent la première partie du trajet du projectile dans le cerveau.

2° Que du trou d'entrée du projectile part une fissure qui, intéressant tout d'abord l'écaille du temporal, se dirige verticalement en bas et gagne le bord supérieur de la grande aile du sphénoïde. En ce point, la fissure se bifurque. La branche la plus courte franchit la suture sphéno-temporale, décrit une courbe à convexité postérieure et aboutit au trou ovale gauche où elle s'arrête. La branche principale se porte en avant en suivant la suture sphéno-temporale, sépare de la voûte orbitaire l'extrémité de la petite aile du sphénoïde, puis quitte la suture sphéno-frontale à angle droit et gagne la partie moyenne ou plutôt postérieure de la voûte orbitaire, où elle circonscrit une esquille triangulaire de la dimension d'une pièce de 1 franc, qu'elle sépare complètement des os voisins. Du côté interne de ce triangle partent trois fissures nouvelles qui, dirigées en dedans, se portent l'une au tiers moyen de la lame criblée de l'ethmoïde, l'autre à son tiers postérieur, la troisième en arrière, se prolongeant un peu au delà de la ligne médiane ;

3° Qu'il existe à la partie postérieure de la voûte orbitaire *droite* une esquille osseuse irrégulière dans sa forme, quadrangulaire, séparée par une fente très étroite en deux parties et isolée du reste de l'os par une large fissure présentant un seul prolongement très court vers la petite aile du sphénoïde. Cette esquille est déprimée à sa partie antérieure du côté de l'orbite, et le tissu cellulaire de cette cavité fait hernie dans l'intérieur du crâne.

Si l'on examine avec soin l'esquille détachée de la voûte orbitaire gauche, on constate également que sa portion antérieure est plus complètement séparée du plan osseux dont elle provient.

La disposition de ces deux esquilles a paru à M. Moty offrir un grand intérêt et l'a conduit à concevoir une *nouvelle théorie* des fractures du crâne par contre-coup. En effet leur situation par rapport au trou d'entrée de la balle ne permet pas : d'une part, de les considérer comme résultant de la rencontre au point qu'elles occupent des vibrations ellipsoïdes parties de la fracture principale (théorie de Saucerotte) ; d'autre part, l'extension vers l'étage supérieur d'une fracture ayant son foyer derrière l'oreille ne concorde pas avec les conclusions récentes de M. Félizet. Enfin l'isolement absolu de l'esquille du côté droit constitue une nouvelle exception aux lois d'Aran, qui considérait toutes les fractures de la base du crâne comme des fractures par propagation.

M. Moty conclut de la manière suivante : 1° Dans les fractures pénétrantes du crâne, l'augmentation brusque de la pression intra-cranienne au moment de l'entrée du corps vulnérant, se transmet à toute la paroi osseuse suivant le principe de Pascal ; 2° immédiatement *après l'entrée* du corps vulnérant la pression peut redescendre brusquement, les os déplacés reprendre leur position, et si l'engrènement des fragments les empêche d'obéir à cette seconde impulsion, c'est le tissu voisin, plus mobile, qui se précipite à leur place de manière à faire hernie dans la boîte cranienne.

M. le rapporteur déclare que la *théorie nouvelle* de M. Moty n'a rien d'absolument nouveau. Il y a plusieurs années que Busch, Kocher et d'autres chirurgiens ont invoqué, pour rendre compte des fractures par contre-coup de la base du crâne, l'accroissement momentané et colossal de la pression intra-cranienne produite par l'entrée du projectile, et cette théorie est décrite dans divers ouvrages récents sous le nom de théorie de la pression hydrostatique ou hydraulique. Malheureusement, si elle peut rendre compte des faits anologues à celui de M. Moty, elle est difficilement applicable à ceux dans lesquels il n'existe ni pénétration ni perforation de la voûte cranienne, et dans ces cas plusieurs auteurs admettent l'action prépondérante des vibrations osseuses transmises depuis le point frappé jusqu'aux voûtes orbitaires plus fragiles, et même (ce qui semble à M. Chauvel bien difficile à accepter), le choc du cerveau comprimé ou lésé contre les os minces et fragiles de la fosse cérébrale antérieure. Les fractures par contre-coup ne s'accompagnent pas toujours, au reste, du déplacement ou rejettement des fragments osseux vers l'orbite. Tantôt les bords de la fracture sont relevés vers la cavité cranienne, tantôt il n'y a que des fissures isolées de la voûte orbitaire et de la lame criblée de l'ethmoïde.

Il résulte d'expériences multiples que les coups de feu de la voûte du crâne s'accompagnent souvent de fissures isolées dans les fosses cérébrales antérieures, si, injectant les vaisseaux de la tête avec de l'eau, on met le cerveau dans des conditions qui se rapprochent de l'état de vie. Si, au contraire, on enlève une partie de la voûte du crâne avant le tir, si l'on n'a pas soin de pousser une injection dans les vaisseaux, ces fractures par contre-coup ne se produisent pas. Les expériences, on le voit sont favorables à la théorie de la pression hydraulique. Le déplacement souvent constaté des esquilles vers la cavité orbitaire, plaide également en faveur de cette théorie. Mais M. Chauvel croit devoir faire des réserves sur la chute brusque de la pression intracranienne invoquée par M. Moty pour expliquer la saillie dans la cavité du crâne du tissu cellulo-graisseux de l'orbite. Il lui paraît que M. Moty est beaucoup trop disposé à tirer d'un fait unique des conclusions générales. En présence d'observations contradictoires, il croit plus sage de ne pas se prononcer si aisément et surtout de ne pas poser des règles absolues. Encore moins admet-il qu'on soit autorisé à généraliser ces doctrines, à les appliquer aux fractures par contre-coup succédant à des contusions de la voûte de crâne. Entre ces derniers faits, les pénétrations simples et les fracas étendus du crâne qui suivent les coups de feu tirés de très près avec les armes modernes, les différences sont assez grandes pour qu'une même théorie leur soit difficilement applicable. La question ne peut être jugée que par de nouvelles expériences, et par des études cliniques faites avec le plus grand soin.

M. le rapporteur propose : 1° d'adresser des remerciements à l'auteur ; 2° de renvoyer son travail au comité de publication. (Adopté.)

Une discussion s'engage sur le rapport de M. Chauvel, à laquelle prennent part MM. Berger, Trélat, Desprès, Marc Sée et M. le rapporteur. Il résulte de cette discussion qu'il y a une distinction à faire, au point de vue du mécanisme des fractures du crâne par contre-coup, suivant que la fracture est produite par armes à feu tirées à courte distance, ou qu'elle a lieu à la suite d'une chute d'un lieu élevé.

— M. Nicaise lit un rapport sur une observation de kyste hydatique de la prostate adressée par M. le docteur Millet, ancien interne des hôpitaux.

Il s'agit d'un malade qui portait un kyste occupant la région prostatique, faisant saillie dans le rectum et comprimant l'urèthre au point d'amener la rétention d'urine.

Dans une tentative de cathétérisme, le kyste est ouvert par le bec de la sonde, et i s'écoule 700 grammes de liquide. Par la suite, l'urine pénétra dans la poche kystique et y détermina de l'inflammation qui prit un caractère septique.

L'inflammation gagna la paroi du rectum, et, vingt jours environ après la rupture du kyste, le malade fut pris de diarrhée et rendit par le fondement des débris membraneux ; à ce moment-là même, les urines redevinrent normales.

La cavité du kyste s'était ouverte dans le rectum et la perforation de l'urèthre s'était oblitérée; aussi est-il à remarquer qu'il n'y eut aucun écoulement d'urine par l'anus et aucun signe de fistule urinaire.

Les accidents durèrent environ cinq à six semaines, après lesquelles le malade se rétablit complètement.

Il s'agissait d'un kyste hydatique, ainsi que l'a démontré la présence dans le liquide des crochets d'échinocoques et de petites vésicules blanchâtres.

M. le Rapporteur rappelle, à ce propos, que M. Tillaux a communiqué, en 1883, un cas de kyste hydatique de la prostate à l'occasion duquel s'éleva une discussion portant surtout sur la réalité de l'existence de cette affection.

Ce point n'ayant pas été élucidé, M. Nicaise s'est occupé de faire des recherches et a réuni 33 faits de kystes hydatiques du bassin chez l'homme et, en particulier, de kystes situés entre la vessie et le rectum, pensant que ces faits permettraient de trancher la question.

L'analyse des faits lui a montré combien rarement le diagnostic a été établi. Celui-ci est entouré parfois de quelques difficultés, et, quand la tumeur est peu volumineuse et très tendue, on peut la confondre avec une tumeur solide; néanmoins, si l'on peut reconnaître assez facilement une tumeur kystique, on n'arrive au diagnostic de kyste hydatique que par exclusion.

Dans un certain nombre de cas, le diagnostic n'a pas été fait faute d'un examen suffisant, et surtout faute d'avoir pratiqué le toucher rectal.

Des considérations auxquelles il se livre, d'après les faits qu'il a recueillis, M. le Rapporteur conclut que, si l'existence des kystes hydatiques de la prostate est probable, on ne possède cependant encore aucune observation qui en fournisse une démonstration anatomique.

Il propose : 1° d'adresser des remerciements à M. Millet pour son intéressante observation; 2° de déposer son travail aux archives. (Adopté.)

M. Tillaux fait observer que l'existence des kystes de la prostate ne saurait être révoquée en doute; dans le cas particulier qu'il a communiqué à la Société de chirurgie, le siège de la tumeur kystique dans la prostate était évidente; il suffisait de pratiquer le toucher rectal pour le reconnaître aussi clairement que si la pièce eût été sur la table d'autopsie.

— M. Pozzi communique un fait d'adénome de la paroi antérieure du rectum chez une femme adulte.

La réalité de ce fait, assez rare pour pouvoir être contesté, a été établie par l'examen histologique.

Le sujet de cette observation est une femme encore jeune qui avait consulté plusieurs médecins pour une affection que l'on croyait avoir son siège dans l'utérus. Des hémorrhagies rectales se produisirent qui appelèrent l'attention du côté de cet intestin et permirent de découvrir par le toucher une petite tumeur à la partie antérieure du rectum.

La malade n'ayant pas voulu se soumettre à l'opération, quatre ans se passèrent pendant lesquels elle eut des hémorrhagies de plus en plus fréquentes qui finirent par devenir presque continuelles et amenèrent un épuisement extrême des forces.

Elle se décida enfin à se mettre entre les mains de M. Pozzi, qui constata par le toucher, à quelques centimètres au-dessus de l'anus, une tumeur du volume d'une petite noix, donnant la sensation d'une grosse framboise, saignant au moindre contact, n'ayant pas d'adhérences aux parties profondes, ce que permit de reconnaître le toucher vaginal combiné avec le toucher rectal. M. Pozzi en pratiqua l'ablation par la dissection à l'aide de l'instrument tranchant de préférence à l'écraseur linéaire dans la crainte de blesser avec cet instrument la paroi vaginale trop voisine du champ opératoire.

L'ablation, pratiquée avec les ciseaux et le bistouri, donna lieu à un écoulement sanguin aussitôt réprimé par la forcipressure. Trois ligatures furent appliquées. Les suites de l'opération furent bénignes, et, au bout de six semaines, la malade était complètement guérie.

L'examen histologique de la tumeur a montré qu'elle était constituée essentiellement par du tissu glandulaire mélangé avec un peu de tissu conjonctif et des vaisseaux ; c'était, en un mot, un adénome.

M. Pozzi ajoute que M. Trélat lui a communiqué une observation d'adénome pédiculé dont il a pratiqué l'ablation, également chez un adulte, au moyen de l'écraseur linéaire.

En terminant, M. Pozzi relève les points principaux du cas dont il vient de donner la relation : tumeur rectale chez une femme; diagnostic facile; nature bénigne de la tumeur; possibilité d'en pratiquer l'ablation à l'aide de l'instrument tranchant et de se rendre maître de l'hémorrhagie par la forcipressure.

— M. Vallin, interne des hôpitaux, présente, au nom de M. Léon Le Fort, empêché d'assister à la séance, un malade atteint d'une tumeur congénitale de la face de nature difficile à déterminer et sur laquelle le savant professeur demande l'avis de ses collègues. Malheureusement il ne reste plus que deux ou trois membres dans la salle et la séance est levée sans que la demande de M. Léon Le Fort ait pu recevoir satisfaction.

A. T.

Campimètre portatif

Du Dr Gasepy.

M. Gasepy nous présente un instrument portatif, un véritable *campimètre* de trousse, permettant l'examen du champ visuel et l'examen des couleurs. Il comprend trois parties :

1° Un disque central avec point blanc central pour le point de fixation; sur ce disque, se trouvent les degrés d'inclinaison; il peut être fixé sur le mur, sur un tableau noir quelconque ;

2° Un autre disque, sur lequel il y a une division en cinq segments périphériques, qui comprennent chacun une couleur fondamentale, plus la couleur blanche. Un autre disque, superposé, permet la perception quantitative des couleurs ;

3° Un ruban métallique réunissant les deux disques, portant d'un côté des centimètres,

de l'autre les tangentes. Ce ruban, contenu dans une boîte, s'allonge comme un ruban métrique.

Tous les instruments qui servent à mesurer le champ visuel et le champ des couleurs, soit les campimètres, soit les périmètres, ont le gros inconvénient d'être fort peu portatifs. Les tentatives diverses qui ont été faites pour réduire leur volume ne sont parvenues qu'à donner des dimensions d'instruments de laboratoire.

La description détaillée de cet instrument, ainsi que son dessin, seront publiés prochainement; mais nous avons tenu à parler dès aujourd'hui de ce petit appareil très ingénieux, dont la construction a été confiée à Nachet jeune.

Faculté de médecine de Paris.

THÈSES DE DOCTORAT DU 20 AU 30 JUIN 1884.

Samedi 21, lundi 23, mardi 24, mercredi 25, pas de thèses.

Jeudi 26. — M. Flous : De l'ulcération des artères due au contact du pus. (Président : M. Panas.) — M. Castrossoffia : Recherches expérimentales sur la pathogénie de la tuberculose des os. (Président : M. Cornil.)

Vendredi 27. — M. Colaneri : Des secousses musculaires. Etude critique et séméiologique. (Président : M. Charcot.) — M. Turgis : Contribution à l'étude de l'ostéo-périostite consécutive à la fièvre typhoïde. (Président : M. Damaschino.) — M. Maireau : Syphilis et prostituées, et principalement contribution à l'étude de la syphilide pigmentaire. (Président : M. Fournier.) — M. Trichet : Des affections de la muqueuse buccale dans leur rapport avec l'état des dents. (Président : M. Fournier.)

Samedi 28. — Pas de thèses.

Lundi 30. — M. Jacquelot : Contribution à l'étude des déchirures du col de l'utérus. (Président : M. Tarnier.) — M. Guy : Recherches sur les propriétés thérapeutiques, chimiques et physiologiques de l'*Hamamelis virginica*. (Président : M. Damaschino.)

COURRIER

NÉCROLOGIE. — La ville de Nîmes vient de faire une grande perte dans la personne d'un médecin qui, dans le cours de sa longue carrière, s'était attiré la confiance et l'estime générales. M. le docteur Jean-André Ballager était l'auteur d'un *Traité d'hématologie dynamique* qui, dans sa pensée, devait « servir de fondement à un système de pathologie vitaliste ».

EXPOSITION INTERNATIONALE D'HYGIÈNE DE LONDRES. — Ont été désignés pour faire partie, en qualité de membres français, du jury de l'Exposition internationale d'hygiène de Londres :

MM. le professeur Arnoult (de Lille), le professeur Brouardel, le docteur Gariel, le docteur Henry Gueneau de Mussy, le professeur Layet (de Bordeaux), le docteur Liouville, député, le docteur Napias, le docteur Proust, le docteur Vallin.

CONCOURS. — Le concours pour l'internat de Berck-sur-Mer s'est terminé lundi dernier par la nomination de M. Regnault, externe de deuxième année.

— Un concours public pour la nomination à une place de prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux sera ouvert le lundi 4 août 1884, à quatre heures à l'amphithéâtre d'anatomie, rue du Fer-à-Moulin, 17.

MM. les élèves des hôpitaux qui voudront concourir se feront inscrire, au secrétariat général de l'administration, à partir du lundi 30 juin jusqu'au mercredi 16 juillet inclusivement, de onze heures à trois heures.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

BULLETIN

Académie de médecine, 1er juillet. — Si l'encombrement et la chaleur dans un logement insalubre peuvent faire naître une épidémie de choléra nostras, Paris ne sera pas épargné après la séance académique du 1er juillet. Jamais nous n'avons vu telle affluence engorgeant les escaliers, forçant la bibliothèque, faisant hernie par toutes les portes.

On savait un peu ce qui serait dit à la tribune, et depuis quelques jours on commençait à se demander à quoi tendent les réticences d'une administration toujours inintelligente. Néanmoins, le discours annoncé de M. Brouardel excitait la plus vive curiosité.

Le silence s'établit, et l'orateur expose les faits recueillis par lui et ses collègues, MM. Proust et Rochard. Les mesures préservatrices? C'était là le moindre côté de leur mission; toutes les bonnes volontés, tous les dévouements qui ont fait alliance contre le fléau, leur ont laissé peu de choses à dire, peu de conseils à donner. Mais la nature du mal, né sur place ou importé d'Asie? Voilà surtout ce qu'il fallait découvrir.

L'histoire de l'épidémie jusqu'à ces derniers jours, les minutieux détails de l'enquête poursuivie, sont religieusement écoutés. Les deux premiers malades, frappés loin de la ville, sur de vieux bateaux sans communication avec elle, et considérés comme victimes du choléra nostras; le jeune lycéen foudroyé bientôt dans la ville même, les médecins reconnaissant le mal asiatique, la terreur se répandant à cette nouvelle, ainsi commence le drame. Nos confrères veulent hésiter, invoquent la similitude des symptômes et des lésions, interrogent les quelques épidémies de choléra nostras dont la science a le souvenir, comparent l'invasion du fléau en 1865; et malgré toutes les apparences, ils refusent de rien affirmer, s'efforcent de trouver légitime l'opinion si hautement exprimée par M. Fauvel, et conviennent de répondre seulement quand on saura par où le mal est entré, ou bien quand on l'aura vu sortir et se répandre au dehors. Tout le monde a secondé l'enquête. « Les règlements ont été observés, dit l'amiral Krantz ; mais s'agit-il du choléra indien? la flotte peut l'avoir apporté; voici tous nos papiers, prenez-les, et cherchez la fissure par où les règlements lui ont donné passage. »

Le procès de la *Sarthe* est mené avec diligence; conclusion négative. Mais la propagation apparaît à bord du *Shamrock* ; puis la maladie éclate à Marseille, où on compte bientôt 6 décès ; enfin le docteur Cunéo signale des cas hors de Toulon, sur des personnes qui ne sont pas venues à Toulon. Les dépêches de nos confrères envoyées au ministre, et dont l'orateur donne lecture, se modifient à mesure que les doutes se dissipent, enfin la dernière est affirmative : nous sommes bien aux prises avec le choléra indien, et si l'origine de l'épidémie reste inconnue, sa nature n'est pas contestable.

Souffrant et d'une voix faible, M. Fauvel a tenu à répondre. Il accepte les faits et ne doute pas de la sincérité des opinions; mais il reproche à M. Brouardel d'appuyer son argumentation sur le défaut de preuve absolue que le choléra de Toulon soit né sur place. Et puis, n'est-elle pas trop bénigne pour être asiatique, cette maladie qui n'a fait encore que 45 victimes? En affirmant que l'épidémie n'est pas venue du dehors, vous auriez évité toutes les mesures qui en ce moment paralysent notre commerce. Et

que signifient les précautions qu'on nous recommande, s'il s'agit du choléra indien ? Elles sont ridicules, nuisibles, et j'aime encore mieux le choléra lui-même. Pensez-vous que des fumigations vont l'arrêter ? En résumé, l'épidémie actuelle est stérile et ne viendra pas à Paris.

L'Académie, qui préfère l'odeur du phénol au choléra, accueille ces derniers mots par de nombreux murmures. M. Brouardel démontre facilement que les pays étrangers n'ont pas attendu, pour nous imposer des quarantaines, ses conclusions formulées il y a deux jours. Puis, au milieu d'une réplique de M. Fauvel s'élève tout à coup la voix vibrante de M. Pasteur : la maladie n'est pas indienne, dites-vous, parce qu'elle n'est pas envahissante. Mais, en 1865, le choléra qui sévit à Toulon ne s'étendit qu'au bout d'une quinzaine de jours. Nous sommes dans les quinze premiers jours de l'épidémie ; rien ne prouve qu'elle ne s'étendra pas. Donc, votre argument et l'assertion qu'il appuie sont nuls et non avenus.

Après ce coup de hache, on entend un faible murmure ; c'est la discussion qui s'éteint avec la voix de M. Fauvel.

Les journaux parisiens nous parleront-ils encore d' « épidémies sporadiques » ? Ces deux mots accouplés font admirablement, mais ne sont pas le seul objet de surprise que nous ait donné jusqu'ici l'épidémie toulonnaise On disait couramment, dans la salle des Pas-Perdus, que les dépêches de M. Brouardel, en leur qualité de correspondances de Toulon, n'avaient été livrées au public qu'après désinfection préalable, c'est-à-dire amendées et devenues à peu près conformes à l'opinion de M. Fauvel. Aujourd'hui, les dépêches sont lues à la tribune, et la comparaison des textes est facile.

Quel résultat pense obtenir l'administration avec de pareilles mesures ? Et que devait produire cet ordre donné aux journaux politiques de se taire pendant les premiers jours ? Une émotion plus grande quand les faits ont été connus, et une défiance qui ne peut que nourrir la peur. Mais l'administration est toujours la même, et il est curieux de voir que le choléra est un mal nécessaire pour secouer sa torpeur et lui faire avouer ses négligences. Sur l'hygiène de Toulon et les matières alvines de ses habitants, sur la « vase demi-fécale » de la vieille darse, sur un égout sans pente et d'une telle puanteur qu'il en est devenu incurable, M. Brouardel a donné d'inénarrables détails. Mais il y a plus, et la *Lancet* du 28 juin, p. 1169, nous raconte que « le docteur Galliott, il y a quelques années, a reçu du gouvernement français une médaille d'or pour un *Essai sur la fièvre typhoïde à Toulon;* or, les faits révélés par ce travail étaient de nature si alarmante, que le gouvernement refusa de les communiquer à personne, et enjoignit au docteur Galliott, en lui donnant sa médaille, de garder le secret le plus absolu. » Qu'on refuse d'étaler ses plaies quand elles sont dégoûtantes, c'est fort bien; mais il est prodigieux qu'on donne un prix en cachette à celui qui cherche à les guérir, pour n'être pas mis en demeure de se panser proprement.

L.-G. R.

Le troisième Congrès de médecine interne

TENU A BERLIN LES 21, 22, 23 et 24 AVRIL 1884.

Le bureau était composé de MM. Frerichs, président; Leyden, Rühle, Nothnagel, vice-présidents ; Rieger et Ehrlich, secrétaires.

La première question traitée, celle du rôle des microbes dans la pneumonie, paraît avoir été assez orageuse.

M. Jürgensen (de Tübingen), chargé du rapport général sur cette question, fait de la pneumonie une affection *sui generis* et en donne la définition suivante :

« La pneumonie est une maladie générale, nullement locale, dont la localisation dans le poumon n'est qu'apparente; cette localisation n'est que le symptôme de la maladie

principale, qui est une maladie infectieuse due à un agent dont l'existence a été démontrée par la pathologie expérimentale. »

Le rôle du froid n'est donc plus que secondaire, il intervient comme cause occasionnelle, mais chez des individus prédisposés soit par une maladie antérieure, soit par l'agglomération, soit par leur constitution particulière. D'ailleurs, le rapporteur admet trois variétés dans la pneumonie : celles qui sont consécutives à une affection générale de nature infectieuse, celles qui se développent dans le cours des affections du cœur, et enfin les pneumonies qui débutent d'emblée par les voies respiratoires.

Le traitement doit donc être purement prophylactique, et exclut entièrement les antiphlogistiques.

M. Gerhardt (de Würzburg) admet l'unicité du virus de la pneumonie, mais diffère un peu du rapporteur au point de vue thérapeutique ; MM. Fraentzel (de Berlin), Rühle (de Bonn), Nothnagel (de Vienne), Rosenstein (de Leyde) et Baümler (de Fribourg) combattent la pathogénie émise par le rapporteur ; M. Nothnagel n'approuve pas ses idées thérapeutiques. Il recommande, toutes les fois qu'on ne connaît pas le virus spécifique d'une maladie, et c'est ici le cas, d'instituer un traitement non seulement symptomatique, mais aussi individuel.

Quant au microccus de la pneumonie, décrit par Friedlænder, il a été étudié par M. Fraenkel, qui ne lui a pas trouvé les mêmes caractères ; mais M. Friedlænder prétend que cela importe peu ; l'essentiel est de connaître l'ensemble des symptômes qui traduisent sa présence, et les conditions dans lesquelles il cesse de se multiplier et meurt.

M. Rosenthal (d'Erlangen) avait à résumer l'état de la science sur les actions réflexes ; il y a ajouté de nouvelles expériences, d'où il semble résulter que la moelle cervicale, et peut-être aussi une partie du bulbe, doivent avoir une influence importante sur l'origine de ces actions ; mais la théorie ne l'a encore conduit à aucun résultat pratique, et la courte discussion qui a suivi sa lecture n'a éclairci aucune obscurité de la question.

Dans son rapport sur la vaccination, M. Pfeiffer (de Weimar), admet que la vaccine n'est qu'une variole affaiblie, susceptible de recouvrer toute son énergie et toute sa nocivité. La transmission artificielle du principe contagieux affaiblit l'activité du microbe, mais celle-ci peut être renouvelée par une transmission nouvelle du vaccin humain à la génisse, ou par la transmission de la variole et de la vaccine à un même veau. Il a constaté, en outre, l'utilité de la vaccination et la possibilité d'éviter les dangers de l'inoculation syphilitique ou tuberculeuse, grâce aux perfectionnements de la technique opératoire.

M. Leyden (de Berlin) a fait une savante étude des relations qui existent entre les atrophies et paralysies musculaires, et les altérations de la moelle et des nerfs. Après avoir tracé à grands traits l'histoire des progrès accomplis dans cette question depuis les travaux de Waller, puis de Brown-Séquard, de Duchenne (de Boulogne), de Charcot, il signale une nouvelle affection qui se rattache au groupe des poliomyélites par ses symptômes, mais qui en diffère, parce que la moelle est indemne, et que les nerfs seuls sont atteints. C'est une névrite aiguë multiple, correspondant au type de la forme subaiguë de la paralysie spinale de Duchenne, et dont voici les symptômes : paralysie symétrique des quatre membres (ou des deux supérieurs ou des deux inférieurs) d'abord motrice, plus intense vers la périphérie, avec extinction des réflexes tendineux ; puis l'atrophie survient ; douleurs violentes, précédant parfois la paralysie ; sensibilité des troncs nerveux à la pression. Cette affection reconnaît une forme légère, une forme moyenne, une forme grave, ayant toutes les mêmes caractères, mais à des degrés différents d'intensité ; sa marche est aiguë et peut se terminer en quelques semaines par la guérison, ou chronique ; son pronostic est plus favorable que celui de l'atrophie musculaire progressive. Elle se manifeste le plus souvent à la suite d'affections graves : rhumatisme, diphthérie, fièvre typhoïde, érysipèle, etc. Le salicylate de soude paraît avoir eu de bons effets dans le traitement, tandis que l'électricité n'a agi qu'après la période de régression de la maladie.

M. Schulze (d'Heidelberg), qui a fait de cette affection une étude parallèle à celle de M. Leyden, propose de lui donner le nom de *dystrophia muscularis progressiva*.

M. Loeffler (de Berlin) a fait des recherches sur 32 individus morts de diphthérie dans le but de trouver le microbe de cette affection ; mais ses cultures ne lui ont pas permis de reproduire la diphthérie, bien que l'inoculation des corpuscules donnés par Klebs comme caractéristiques de cette maladie ait donné naissance à des pseudo-membranes.

Le rapport de M. Leube (d'Erlangen) sur la dyspepsie nerveuse, ne paraît pas devoir éclaircir beaucoup l'obscure question des dyspepsies. Sous ce titre, il désigne « un état

morbide dans lequel on voit des symptômes digestifs anormaux dépendant du système nerveux, et principalement des nerfs de l'estomac ». Le diagnostic lui semble facile, mais l'auteur estime que, bien souvent, on ne devra porter qu'un diagnostic probable. Pour rendre le diagnostic plus certain, il rince l'estomac sept heures après le repas, et, selon que l'eau revient claire ou chargée de débris alimentaires, il en conclut que la dyspepsie est simplement nerveuse ou est liée à une affection organique. Le pronostic est défavorable, car la guérison complète est rare, mais la vie n'est pas en danger; cependant, il a perdu deux malades de tuberculose pulmonaire consécutive à une dyspepsie nerveuse.

Cette manière d'envisager la dyspepsie n'a pas eu beaucoup de partisans. M. Ewald (de Berlin) reproche à l'honorable rapporteur de circonscrire la maladie à l'estomac seul; il y a nombre d'organes dont les affections s'accompagnent de dyspepsie nerveuse, surtout celles de l'intestin et des organes innervés par le pneumogastrique. La dyspepsie nerveuse n'est pas une maladie, mais un symptôme produit par des altérations du système nerveux central et n'exerçant qu'une action réflexe sur le système nerveux stomacal. Le diagnostic ne peut être établi qu'après avoir constaté, par une longue observation, l'absence de tout symptôme d'une affection stomacale *sui generis*. Quant au rincement de l'estomac, il prouve seulement, comme le dit M. Finkler, qu'après un certain laps de temps il n'y a plus de restes alimentaires non digérés dans l'estomac, mais rien de plus; il faut d'ailleurs s'abtenir de pratiquer le cathétérisme de l'œsophage quand on soupçonne un ulcère, dans la crainte de perforer l'organe.

Les autres orateurs, Senator, Jürgensen, Rossbach, Rühle, Meinert, ne croient pas à la dyspepsie nerveuse, dont l'admission dans le cadre de la pathologie leur semble un peu en arrière dans la théorie des maladies de l'estomac. D'ailleurs, à diagnostic obscur correspond thérapeutique obscure, et tout ce qu'on a dit dans cette discussion ne vaut pas les cliniques, restées debout, de Trousseau.

La question des localisations des fonctions cérébrales, soulevée par un rapport de M. Goltz, a eu trait particulièrement à la théorie que certaines parties des lobes antérieurs du cerveau possèdent la qualité d'être des centres moteurs. Des expériences de M. Goltz, faites sur des chiens dans le but de contrôler les résultats annoncés, ont été absolument contraires à la théorie. Un chien opéré quelques jours auparavant par lui, et n'ayant présenté aucun phénomène de paralysie, fut tué séance tenante; on enleva ensuite le cerveau, qui fut présenté le lendemain au Congrès, et on vit que la plus grande partie de la soi-disant zone motrice avait été enlevée superficiellement par l'opération, ce qui renversait la théorie des partisans des petits centres moteurs circonscrits.

Cependant, MM. Güntner (de Berlin) et Rosenthal, s'appuyant sur des faits observés chez l'homme, mirent en doute ces résultats; il est en effet difficile de croire qu'une partie considérable du cerveau puisse être détruite sans provoquer d'altérations fonctionnelles. M. Nothnagel a essayé ensuite d'expliquer ces contradictions en faisant remarquer qu'on ne peut guère conclure de l'expérimentation sur l'animal à l'observation pathologique chez l'homme, ce que Schiff avait déjà dit. L'organisation toute différente du cerveau chez l'homme et chez l'animal ne se prête guère à ces conclusions des lésions de l'un aux phénomènes présentés par l'autre en cas de lésions à peu près semblables, ou même plus étendues.

Signalons encore les communications suivantes :

De M. Rosfleach (d'Iéna), sur une nouvelle action thérapeutique de la naphthaline. Cette substance étant un poison violent pour la plupart des micro-organismes, l'auteur a pensé pouvoir la substituer au calomel, qui n'agit dans l'intestin qu'en se transformant en sublimé corrosif, pour désinfecter les matières fécales. Il est arrivé à ce résultat en administrant 50 centigrammes de naphthaline dans les vingt-quatre heures. L'odeur pénétrante du médicament a été atténuée par l'addition de quelques gouttes d'essence de bergamote;

De M. Finkler (de Bonn), sur l'action antidiphthéritique de la papaïne;

De M. Stahl (de Berlin), sur 25 espèces de micro-organismes cultivables trouvées dans les matières fécales;

De M. Rossbach, sur l'institution d'une commission pour le traitement des maladies infectieuses. Cette commission devra présenter son rapport dans un an;

De M. Riegel (de Giessen), sur les propriétés toniques de la caféine sur le cœur, qui se font sentir encore dans certains cas, alors que la digitale reste impuissante;

De M. Unna (de Hambourg), sur une composition pilulaire à base de kairine, destinée à agir sur l'intestin à l'exclusion de l'estomac, qui ne dissout pas cette substance;

De M. Schreiber (de Kœnigsberg), sur le phénomène du genou;

De M. Kühne (de Wiesbaden), sur le képhir, boisson préparée au Caucase par la fermentation du lait de vache, par un procédé différent de celui du koumys, dont les propriétés sont à peu près les mêmes;

De M. Schumaker (d'Aix-la-Chapelle), sur la relation qui peut exister entre l'hémoglobinurie et la syphilis, à propos d'un cas d'hémoglobinurie traité avec succès par la médication antisyphilitique;

De M. Edlefsen, sur l'action du chlorure de potassium sur le cœur;

Enfin, de M. Zülzer, sur des expériences ayant pour but de déterminer le poids d'un mètre cube chez l'homme.

La prochaine séance du Congrès (1885) aura lieu à Wiesbaden.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er juillet 1884. — Présidence de M. A. Guérin.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. Mégret, notaire, qui informe l'Académie qu'un legs de 40,000 francs lui a été fait par M. Louis Tremblay, afin d'instituer un prix quinquennal à délivrer à l'auteur du meilleur mémoire sur les maladies des voies urinaires, telles que catarrhe de la vessie et affections de la prostate.

2° Un pli cacheté relatif à un nouveau médicament contre la rage, par M. Raimondi. (Accepté.)

3° Une lettre de M. le docteur Burcq, accompagnant l'envoi de documents relatifs à la préservation des chaudronniers contre le choléra, la fièvre typhoïde et la variole.

4° Un mémoire de M. le docteur Costa, intitulé : *Etude sur l'assainissement de la plaine orientale.* (Présenté en séance par M. Larrey.)

M. Bergeron présente, au nom de M. le docteur Fredet, une brochure intitulée : *Les eaux minérales d'Auvergne; leur passé; leur avenir.*

M. Bouley présente, au nom de M. le docteur J. Chambrelent, une brochure intitulée : *Les résultats obtenus par la méthode de Lister dans le traitement des affections puerpérales.*

M. Lunier présente une brochure intitulée : *Proposition de loi sur l'exercice de la médecine.*

M. Marey présente une brochure pour faire suite à un ouvrage qu'il a publié, il y a trois ans, sur la méthode graphique.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre correspondant étranger dans la deuxième division.

Le classement des candidats par ordre alphabétique est le suivant : MM. Deroubaix (de Bruxelles), Longmore (de Nestley), Mac Leod (de Glasgow).

Le nombre des votants étant de 53, majorité absolue 27, M. Longmore obtient 31 suffrages; M. Deroubaix, 18; M. Mac Leod, 2; billets blancs, 2.

En conséquence, M. Longmore ayant obtenu la majorité des suffrages est proclamé membre correspondant.

M. le Président Alphonse Guérin présente, de la part de M. le docteur Closmadeuc (de Vannes), une observation d'opération césarienne qu'il a pratiquée avec succès. C'est la troisième opération de ce genre que ce chirurgien a pratiquée, et toujours avec le même succès. (Comm. MM. Tarnier et Guéniot.)

M. Le Roy de Méricourt demande la parole pour rectifier une assertion émise dans la dernière séance par M. Fauvel. Dans sa communication sur le choléra de Toulon, M. Fauvel a dit : « Je pense que cette épidémie n'est pas le choléra asiatique; tous les faits connus qui s'y rattachent prouvent, selon moi, qu'elle est née de circonstances locales, au milieu d'une *agglomération énorme de troupes* (Toulon renfermait 25,000 hommes soit dans les navires, soit dans les casernes) placée dans des conditions hygiéniques déplorables. »

Or, il résulte d'un relevé fait avec le plus grand soin par M. Le Roy de Méricourt, que le chiffre des troupes rassemblées à Toulon en ce moment était au total de 10,242 hom-

mes, non compris les ouvriers de l'arsenal qui ne doivent à aucun titre être comptés dans ce que M. Fauvel appelle *une agglomération énorme de troupes*, car ils ne sont pas casernés et font partie de la population civile.

L'ordre du jour appelle la discussion sur le choléra de Toulon. La parole est à M. Brouardel.

En son nom et au nom de son collègue, M. Proust, l'orateur fait un rapport sur l'enquête dont ils ont été chargés par M. le ministre au sujet des faits de choléra signalés à Toulon, de la nature de l'épidémie déclarée dans cette ville et de la détermination des mesures à prendre pour en arrêter la propagation.

L'orateur rend un éclatant témoignage à la bonne volonté qu'ils ont trouvée chez toutes les autorités de la ville et de la flotte. Toutes les mesures d'hygiène avaient été prises avec un zèle et une intelligence dignes d'être signalés avant l'arrivée de la commission, qui n'a eu en quelque sorte qu'à les approuver dans leur ensemble et à préciser seulement quelques détails.

M. Brouardel s'excuse de n'apporter à l'Académie que des notes, n'ayant pas eu encore le temps de rédiger un rapport pour lequel son collègue, M. Proust, et lui attendent encore des renseignements qui leur ont été promis et qui ne manqueront pas de leur arriver, de manière à ce que toutes les questions afférentes à l'épidémie actuelle puissent y être traitées d'une manière complète.

Dans l'histoire de l'épidémie de Toulon qu'il trace rapidement, M. Brouardel dit que le premier cas de choléra observé l'a été le 14 juin, sur le *Montebello*, navire ayant servi pendant la guerre de Crimée, à bord duquel demeuraient des marins de la flotte n'ayant jamais navigué et n'ayant pas eu de communications avec la ville. Ce navire était rempli de vieilles gibernes qui dataient de la guerre de Crimée, et aucune personne autre que les marins qui l'habitaient n'avait été reçue à bord de ce bâtiment.

Le premier malade frappé dans l'une des chambres du navire mourut au bout de quelques jours, en présentant tous les phénomènes d'une réaction à forme typhique. Le second malade fut frappé quelques jours après, mais sans succomber.

Les jours suivants, d'autres cas furent signalés sur d'autres navires placés dans le voisinage du *Montebello*, et furent considérés en ce moment, par tous les médecins de la flotte, comme des cas de choléra *nostras*.

Mais, le 21 juin, survenait un fait nouveau qui vint changer l'opinion du corps médical: ce fut le cas d'un jeune lycéen, frappé du choléra, sans avoir eu aucune communication avec les navires contaminés, et enlevé en quelques heures.

Le lycée fut immédiatement licencié. Mais, le lendemain dimanche, 22 juin, on constatait 13 décès par le choléra, chiffre dont il convient, il est vrai, de retrancher quatre cas où la nature de la maladie laisse des doutes sérieux.

Parti pour Toulon dans la matinée de mardi, 24 juin, avec M. Proust, M. Jules Rochard, et M. le professeur Dupré (de Montpellier), qui s'était joint à eux, les commissaires commencèrent leur enquête dès leur arrivée.

Leur premier soin fut de déterminer le caractère de la maladie. Il était évident pour eux qu'il s'agissait bien du choléra ; mais était-ce le choléra indien ou le choléra nostras? Telle était la question délicate qu'il importait surtout d'élucider.

Les médecins de la marine, depuis la mort du jeune lycéen, n'hésitaient plus à reconnaître les caractères du choléra asiatique. Cependant, les raisons qu'ils donnaient n'étaient pas absolument de nature à enlever tous les doutes à cet égard.

En effet, les symptômes du choléra nostras et ceux du choléra indien sont identiques dans un très grand nombre de cas; il en est de même des lésions anatomiques qui se ressemblent exactement.

M. le docteur Cunéo avait fait deux autopsies, dans lesquelles il avait trouvé les mêmes lésions que dans le choléra asiatique.

Un autre argument que faisaient valoir les médecins de la marine, en faveur de leur opinion, était la persistance de cette épidémie de choléra prétendu sporadique. Un troisième argument enfin était tiré de la marche suivie à Toulon par le choléra de 1832 et de 1865, marche en tout semblable à celle que l'épidémie actuelle a suivie depuis son origine, également remarquable par la lenteur de son développement progressif.

En présence des faits, la commission a tenu à ne pas formuler d'abord une opinion définitive. Elle a pensé qu'il était préférable, au point de vue de l'intérêt de la science elle-même, de ne pas donner une solution formelle sur des faits encore douteux.

Une autre considération militait en faveur de cette réserve imposée par les faits à la commission, c'était l'opinion exprimée à diverses reprises par M. Fauvel, dont l'autorité est si grande dans la question du choléra. M. Fauvel qui, ainsi que tout le monde sait, nous a appris les lois du développement du choléra, a déclaré, dans une lettre au

ministre du commerce, devant le comité consultatif d'hygiène et, enfin, à la tribune de l'Académie, que, dans son opinion, l'épidémie de Toulon n'avait pas le caractère du choléra asiatique, que c'était une épidémie purement locale, née sur place et destinée à s'éteindre sur place sans se propager.

En présence de tous ces motifs qui lui commandaient la plus grande réserve, la commission a répondu au ministre qu'elle ne pourrait se prononcer d'une manière définitive sur la nature de l'épidémie de Toulon que lorsqu'elle en aurait découvert le mode d'importation, l'origine bien avérée, ou lorsqu'elle aurait constaté sa propagation aux localités voisines de la ville infectée.

Quant à l'origine et au mode d'importation de l'épidémie, la commission, malgré tous ses efforts et ses recherches, admirablement secondée par le zèle et le dévouement des autorités maritimes, n'a pu réussir à découvrir la fissure par laquelle, à la suite de quelque infraction aux règlements, le choléra indien aurait été importé à Toulon.

Le transport la *Sarthe,* qui a été plus particulièrement incriminé, doit être absolument innocenté. Il a eu, il est vrai, étant à Saïgon en avril dernier, deux cas de choléra, mais il a été immédiatement mis en quarantaine par le gouverneur de la Cochinchine, et n'a été renvoyé en France qu'après avoir été minutieusement désinfecté, lavé, nettoyé par des fumigations, des grattages et des badigeonnages; il a en outre opéré, au retour, un voyage de quarante-cinq jours, pendant lesquels aucun nouveau cas de choléra ne s'est produit à bord; enfin, à son arrivée à Toulon, il a été mis en observation pendant trois jours.

Après son arrivée et son entrée dans la darse, la *Sarthe* fut vidée le 7 juin; il n'y eut aucune communication entre les hommes de l'équipage et ceux des navires où se sont déclarés les premiers cas de choléra; la *Sarthe*, en outre, stationnait à une distance de 15 à 1,800 mètres de ces navires. Ni les hommes du *Montebello* ni le lycéen n'ont eu de communication avec le bâtiment. Il paraît donc absolument impossible que la *Sarthe* ait été le point de départ de l'épidémie.

M. Brouardel donne lecture des dépêches successives que, de concert avec son collègue M. Proust, il a adressées au ministre, et dans lesquelles ils déclaraient qu'ils n'avaient pu trouver la voie par laquelle le choléra indien aurait pu s'introduire à Toulon.

Cependant, le vendredi 27 juin, un cas de choléra se déclarait sur un navire, le *Shamrock*, qui se disposait à partir pour le Tonkin, puis un deuxième cas au bout de vingt-quatre heures ; le départ fut contremandé et le navire entra au lazaret de Toulon où il fut vidé complètement pour être désinfecté.

Le 28 juin, un cas de choléra était signalé à Marseille. C'était sur un jeune lycéen qui, après le licenciement du collège de Toulon, avait passé quarante-huit heures à la Seyne, localité voisine où aucun cas de choléra ne s'était d'ailleurs manifesté. Ce jeune lycéen était arrivé à Marseille, y était tombé malade en arrivant et avait succombé en quelques heures. Ce jour-là même, on constatait à Marseille six cas de mort par le choléra, tous survenus dans un groupe de maisons situées à une petite distance les unes des autres. Aucun habitant de ces maisons n'avait pu, d'ailleurs, avoir de contact avec le jeune collégien. Mais il fut constaté que près de cet endroit de la ville il y avait une foire et que quelques individus étaient venus à cette foire après avoir traversé Toulon.

En présence de ces faits, l'hésitation n'était plus possible, et la commission dut écrire au ministre que l'on avait réellement affaire à une épidémie du choléra indien.

Ce qui avait pu légitimement donner lieu à supposer que l'épidémie née à Toulon était purement locale, c'était les conditions fâcheuses de cette ville au point de vue de la salubrité. En effet, Toulon est une des villes où les lois de l'hygiène sont le moins observées. Les eaux potables y sont fournies par trois sources excellentes et il n'y a pas lieu de les incriminer ; mais les autres conditions de salubrité y sont déplorables, et s'il est une ville au monde où une maladie infectieuse ait toute chance de se développer, c'est Toulon. Il n'y a pas de fosses d'aisances et l'on voit tous les matins les habitants vider leurs vases de nuit dans le ruisseau qui passe devant la porte des maisons. Malheureusement l'eau souillée par les déjections séjourne dans les rues et l'on comprend quel foyer d'infection il doit en résulter pendant les chaleurs de l'été.

En outre il existe sur divers points de la darse et du port des amas énormes de matières dont on a une fois tenté le curage, mais il s'est dégagé de cette vase remuée des odeurs tellement nauséabondes qu'il a fallu renoncer à pousser le curage plus avant. Depuis les choses sont restées en cet état et on n'a plus osé y toucher.

Il y a donc à Toulon des conditions hygiéniques déplorables, et il est absolument indispensable de prendre des mesures d'assainissement de la ville.

Pour en revenir à l'épidémie de Marseille, bien que l'origine et le mode d'importation

de l'épidémie n'aient pu être découverts, il n'en résulte pas moins de l'observation des faits, suivant M. Brouardel, qu'il s'agit d'une épidémie de choléra indien. La propagation du choléra à Marseille par des individus venus de Toulon, les cas de choléra développés dans la banlieue de Toulon, ainsi qu'il résulte de dépêches reçues le matin même de M. le docteur Cunéo par M. Brouardel, tout concourt malheureusement à cette solution regrettable.

(Le discours de M. Brouardel est accueilli par de nombreux applaudissements qui s'adressent évidemment au remarquable talent d'exposition déployé par l'orateur non moins qu'à sa courageuse franchise.)

M. Fauvel, dont on a de la peine à suivre le discours tant sa voix est faible, déclare que, sans nier les faits apportés à la tribune par M. Brouardel, ni mettre en doute la sincérité des opinions qu'il a exprimées, il ne saurait adopter les conclusions de la commission.

En somme ces conclusions sont basées sur une simple hypothèse, puisque ces messieurs reconnaissent qu'il ne leur a pas été possible de découvrir le mode d'importation de l'épidémie à Toulon. Elles reviennent à dire qu'il n'existe pas de preuve que le choléra n'ait pas été importé. Mais évidemment dans ces questions la preuve absolue ne peut jamais être faite ; il ne peut y avoir que des probabilités plus ou moins plausibles.

Examinant ensuite et analysant les diverses dépêches adressées au ministre, soit par M. Brouardel, soit par M. Jules Rochard, M. Fauvel voit plutôt dans les faits relatés par ces dépêches la confirmation de l'opinion qu'il a plusieurs fois exprimée relativement à la nature de l'épidémie qui, à Toulon comme à Marseille, lui paraît être née de conditions purement locales et destinée à s'éteindre sur place dans ces localités comme ailleurs. S'il avait été à la place de la commission, M. Fauvel se serait borné à conclure, d'après les faits, qu'il n'y avait pas de preuve que le choléra ait été importé.

On aurait évité ainsi l'atteinte grave portée à notre commerce par suite de la conclusion de la commission. En effet, des quarantaines aussi absurdes que préjudiciables à notre commerce ont été infligées depuis par tous les pays de l'Europe à tous les navires provenant de nos ports de la Méditerranée. Nous sommes mis en quarantaine même par l'Egypte !

S'il s'agit, comme on le prétend, d'une épidémie de choléra asiatique, que pourront, pour en arrêter la marche et les progrès, les mesures proposées : aspersions, fumigations, etc., mesures aussi ridicules et aussi impuissantes pour arrêter l'épidémie qu'elles sont désastreuses pour les intérêts de notre commerce.

En définitive, dit M. Fauvel en terminant, nous sommes en présence d'une épidémie qui n'est pas le choléra asiatique, d'une épidémie de choléra nostras, née de causes purement locales et destinée à s'éteindre sur place à Toulon, à Marseille comme ailleurs. C'est là, suivant lui, l'opinion sinon absolue, du moins la plus probable qui résulte de l'observation des faits et de la marche de l'épidémie jusqu'à ce jour.

M. Brouardel répond que la commission ne peut être rendue responsable de mesures qui ont été prises par les divers gouvernements de l'Europe plusieurs jours avant qu'elle eût conclu à la réalité d'une épidémie de choléra indien.

En effet, cette conclusion date d'hier, tandis que les mesures critiquées par M. Fauvel sont antérieures de plusieurs jours.

La commission a dû, après un temps d'hésitation nécessitée par une plus longue observation des faits, en venir à la conclusion incriminée, parce que les faits de pullulation et de propagation du choléra la lui ont imposée. Si elle avait agi autrement, elle eût été forcée, au bout de quelques jours, de se déjuger et d'avouer à la face du monde qu'elle s'était trompée.

L'hésitation aurait pu être permise s'il se fût agi d'une épidémie développée dans quelque ville de l'intérieur de la France ; mais dans une ville comme Toulon, qui a des rapports incessants avec l'Orient, une épidémie présentant les caractères de l'épidémie actuelle ne saurait donner lieu à des doutes sur sa véritable nature, et bien que l'on ne puisse pas découvrir le mode d'importation, il est toujours admissible que quelque objet contaminé ayant échappé à la désinfection aura pu devenir le point de départ de cette importation.

Quoi qu'il en soit, en présence des cas de propagation du choléra de Toulon à Marseille et aux localités voisines de Toulon, il n'était pas possible à la commission de répondre à la confiance du gouvernement en l'entretenant dans une erreur qui fût devenue préjudiciable à la santé publique, sans aucune compensation pour les intérêts de notre commerce.

M. Pasteur dit que le principal argument mis en avant par M. Fauvel en faveur de la nature sporadique du choléra de Toulon est que ce choléra ne se montre pas envahissant; mais il est de notoriété que l'épidémie de 1865, à Toulon, s'est manifestée avec les mêmes caractères de marche lente et progresive, et cependant personne, M. Fauvel pas plus que les autres, ne songe à nier la nature asiatique de cette épidémie. L'opinion de M. Fauvel doit donc être considérée, d'après M. Pasteur, comme non avenue. La vérité est qu'il n'y a pas de loi constante qui permette d'affirmer que le choléra de Toulon n'est pas asiatique parce qu'il n'est pas envahissant.

(Vu l'heure avancée, la suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance; M. Jules Guérin s'est fait inscrire pour prendre la parole.)

— La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 juin 1884. — Présidence de M. Bucquoy, puis de M. Millard.

Sommaire : *Mort de M. Moreau (de Tours). — Commission des maladies régnantes. — Porte-ouate utérin et traitement de la métrite chronique.*

Le secrétaire général lit une lettre par laquelle la Société médico-chirurgicale des hôpitaux de Marseille remercie chaleureusement la Société médicale des hôpitaux de Paris de l'appui moral que celle-ci lui a fourni dans un conflit avec la commission administrative, appui grâce auquel satisfaction a été donnée aux justes réclamations de la Société de Marseille qui voulait maintenir le principe de recrutement par le concours.

M. Cadet de Gassicourt présente le troisième volume de son *Traité des maladies de l'enfance.* Il appelle l'attention sur certains sujets auxquels il a accordé un développement tout particulier, la diphthérie et la méningite. Dix mille observations personnelles lui ont permis de contrôler et de rectifier certaines assertions des auteurs relativement à la diphthérie; il a étudié avec un soin spécial la diphthérie à forme prolongée et les paralysies diphthériques, notamment la forme cardio-pulmonaire.

M. Bucquoy annonce la mort de M. Moreau (de Tours), à l'âge de 81 ans; c'était une illustration de la médecine mentale, et la Société n'oubliera pas qu'il appartenait à cette génération d'aliénistes qui devaient au concours le titre de médecins des hôpitaux.

M. Besnier : La Société n'a plus de « commission des maladies régnantes »; aussi, se trouve-t-elle un peu désarmée en présence de certaines éventualités telles que l'épidémie qui sévit actuellement à Toulon. Un grand intérêt s'attache à l'éclaircissement du problème scientifique soulevé par cette épidémie, mais personne n'a qualité à l'heure présente pour en aborder l'étude. Cependant la Société des hôpitaux ne peut se désintéresser de semblables problèmes, elle doit suivre l'exemple de l'Académie, qui spontanément a pris la parole sans avoir été officiellement consultée par les pouvoirs publics.

La question est ainsi posée : une maladie, très semblable au choléra, règne à Toulon, maladie sur laquelle les médecins qui l'observent ne sont pas d'accord avec ceux qui ne l'observent pas. Quelques-uns ont prononcé fort imprudemment un mot qui est un non-sens dans le cas présent, celui de choléra sporadique, — et par ce seul mot le public s'est trouvé rassuré dans une certaine mesure. Or, appelle-t-on une maladie sporadique parce qu'elle n'atteint qu'un petit nombre d'hommes? Non, sans doute. Trois cas de la même maladie, apparaissant en même temps dans la même maison, constituent une épidémie de maison; il y a aussi des épidémies de ville, c'est le cas à Toulon maintenant. Comme il s'agit d'ailleurs d'une maladie ayant atteint beaucoup de personnes dans un temps très court, et qu'il serait trop hardi de soutenir que tous ces cas observés n'ont pas de rapport entre eux, il y aurait abus criant de langage à employer ici l'épithète de sporadique.

Qu'il y ait une épidémie de choléra à Toulon, cela ne fait doute pour personne; mais peut-elle être différenciée au point de vue clinique en quoi que ce soit de l'épidémie observée à Paris en 1873 et que d'un avis commun tout le monde alors a reconnu être le choléra vrai? — Existe-t-il un choléra nostras, développé sur place, ou asiatique et dont l'importation s'est faite par un mode qui nous a échappé? Voilà la question à résoudre.

Je propose la nomination d'une commission permanente des épidémies, ayant un rapporteur permanent, mais éventuel. La Société renferme dans son sein un grand nombre

d'épidémio-légistes distingués, et ils seraient utilement consultés sur les deux points suivants : Est-ce véritablement le choléra asiatique qui sévit à Toulon ? ou s'agit-il d'une affection différente et quelles peuvent être alors les causes de son éclosion ?

M. Bucquoy pense que la proposition de M. Besnier doit être prise en considération sérieuse.

M. Dujardin-Beaumetz : Il est difficile de préjuger ce qui se passe à Toulon ; la Société des hôpitaux de Paris doit se réserver pour l'étude des questions qui l'intéressent personnellement, il convient d'attendre les rapports des délégués officiels pour aborder le problème. J'appuie la proposition de M. Besnier, mais à la condition de la restreindre aux faits d'épidémiologie en général. D'ailleurs, je puis, pour le cas présent, donner quelques renseignements émanés du Conseil d'hygiène ; aucune trace de choléra n'existe à Paris. Une dame atteinte en réalité d'indigestion, un malade qu'on avait transporté à Tenon dans une voiture spéciale de la préfecture, mais qui est atteint de fièvre, voilà les cas qui avaient jeté quelque alarme. Enfin toutes les mesures préventives ont été prises. Grâce à M. Alphand, des bornes-fontaines alimentées par l'eau de la Dhuys et de la Vanne vont gratuitement fonctionner tous les 200 mètres, et de grands courants d'eau vont balayer les égouts.

M. Besnier : Je ne comprends pas bien le motif de la restriction de M. Beaumetz, et je proteste. Il est essentiel de ne pas attendre pour étudier la question du choléra que des cas s'en soient produits à Paris ou dans la Seine. Il n'est pas admissible que la Société des hôpitaux se désintéresse du grave problème soulevé par le désaccord entre les médecins qui croient à l'existence du choléra asiatique et ceux qui ne veulent reconnaître qu'un choléra isolé, individuel.

M. Bucquoy : Nostras.

M. Besnier : Comme nous sommes d'ailleurs exposés à recevoir des cholériques, il convient que nous soyons éclairés sur divers points de l'histoire toute contemporaine du choléra. Je propose donc : 1° de mettre à l'ordre du jour la question du choléra ; 2° de demander à quelques collègues dévoués de réunir des matériaux qui puissent servir de base à une discussion fructueuse. En agissant ainsi, nous ne risquons nullement d'effrayer. La population parisienne sera au contraire rassurée par l'idée que les médecins qui la soignent étudient les meilleurs moyens de lui être utiles le cas échéant.

M. Dujardin-Beaumetz : Si nous nommons une commission d'études, elle manquera de documents vivants, pour employer une expression naturaliste. Pour que ses études soient fructueuses, il faut qu'elle se transporte à Toulon.

M. Bucquoy pose la question. Il semble nécessaire d'avoir une Commission permanente des épidémies avec un rapporteur permanent toujours disposé à fournir à la Société les renseignements qu'elle réclamera.

M. Cadet : M. Besnier a défini très justement le rôle de ce rapporteur en le qualifiant d'éventuel.

M. Gaillard-Lacombe : Si un malentendu s'est produit entre M. Besnier et M. Beaumetz, c'est qu'ils ne s'étaient pas placés au même point de vue. M. Beaumetz avait raison de dire que la Société n'a pas qualité officielle pour s'occuper de la question du choléra de Toulon, mais au point de vue scientifique, nous pouvons discuter sur toute question qui nous intéresse, comme propose de le faire M. Besnier.

La proposition de M. Besnier mise aux voix est adoptée à l'unanimité.

La commission nommée se compose de MM. Vallin, Laveran, Bucquoy, Danlos, Tapret, Labric. M. Du Castel accepte la fonction de rapporteur éventuel.

M. Bucquoy rappelle que la commission administrative permanente déléguée auprès de l'Assistance publique se trouve incomplète depuis la mort de M. Archambault, n'étant plus composée que de MM. Laillier et Besnier.

M. Gérin-Rose désire à ce propos rappeler à cette commission que les malades des hôpitaux ne boivent presque pas d'*eau filtrée*. Il avait, à Tenon, demandé trois filtres pour son service et ne les avait obtenus qu'après une attente de deux ans. La commission devrait faire cesser cet état de choses.

M. Du Castel appuie cette réclamation qu'il avait déjà formulée il y a deux ans.

M. Besnier : La question du filtrage des eaux est très complexe, et il n'est pas possible d'adopter un système de filtre uniforme pour tous les hôpitaux. Il ne faut pas oublier qu'un filtre imparfait devient lui-même une source d'infection. Chaque médecin

n'a qu'à réclamer individuellement des filtres pour son service et ne rencontrera aucune opposition foncière de la part de l'administration.

M. Bucquoy présente un malade qui a été atteint d'un kyste kydatique de la base du crâne, dont l'observation a été communiquée précédemment par lui. Quoi qu'on en ait pu dire alors, ce malade est aujourd'hui parfaitement guéri.

M. Tenneson présente un *porte-ouate utérin.* Cet instrument se compose d'une sonde dont on peut varier la courbure et dont l'extrémité est garnie d'ouate, qu'on peut imprégner de substances médicamenteuses pour les porter dans la cavité utérine. Cette introduction n'exige pas la dilatation préalable du col.

A l'aide de cet instrument, M. Tenneson obtient de bons résultats dans le traitement de la métrite chronique. Le traitement local, dans cette maladie, ne doit plus consister en effet seulement, comme on le faisait autrefois, à cautériser ce qu'on voit dans le fond du spéculum; la métrite limitée au col est, en effet, tout à fait exceptionnelle. D'autre part, les injections médicamenteuses intra-utérines peuvent être mortelles, et les crayons médicamenteux laissés à demeure dans la cavité du corps déterminent des accès de colique utérine si violents que le médecin n'est plus tenté d'y avoir recours. Aussi la méthode proposée par M. Tenneson lui paraît-elle supérieure aux autres. Il y a deux contre-indications à son emploi : la périmétrite et les poussées congestives et inflammatoires aiguës qui accidentent si souvent le cours de la métrite chronique. Quand il y a des tumeurs inflammatoires péri-utérines, il faut s'abstenir de cautériser la muqueuse utérine, sous peine de s'exposer à faire suppurer les masses pelvi-péritonitiques. Les poussées aiguës de congestion ou de métrite réclament l'application des émollients pendant un ou plusieurs septenaires et l'on ne doit reprendre les applications caustiques que si l'hypogastre n'est plus sensible et si l'utérus est mobile sans douleur. Comme substances médicamenteuses topiques, M. Tenneson préfère à l'acide azotique, au perchlorure de fer, à la teinture d'iode, une pommade au sulfate de cuivre (5 à 8 p. 30) ou au précipité blanc (2 p. 30).

M. Martineau : Je ferai un reproche à l'instrument de M. Tenneson, reproche applicable à tous les instruments qui introduisent des substances à ciel ouvert dans la cavité du corps utérin. Le tampon qu'on veut faire pénétrer dans le corps est arrêté par l'orifice interne du col souvent plus ou moins rétréci, et, s'il franchit cet obstacle, ce n'est qu'après avoir été dépouillé de la substance médicamenteuse qu'on se proposait de conduire dans la cavité du corps. Cet inconvénient est évité avec le porte-caustique que j'ai fait construire, sorte de cathéter caché, comparable à l'instrument de Lallemant.

Quant au traitement de la métrite chronique, tel que le conçoit M. Tenneson, je le trouve absolument insuffisant; dans une inflammation chronique, il y a toujours une altération des vaisseaux, une induration scléreuse profonde que ne peuvent modifier des applications superficielles. En présence d'une maladie constituée, il faut activer la circulation pour amener la résorption des produits exsudés; j'ai vu quatre ou cinq mille métrites depuis cinq à six ans, et je crois bien connaître cette maladie. Il n'est pas contestable que les lacunes lymphatiques de la muqueuse et du parenchyme utérin sont le siège d'une inflammation qui aboutit à la production de l'adéno-lymphite. Il ne faut pas oublier l'existence des deux réseaux lymphatiques qui se trouvent à la partie postérieure de l'utérus, et que les anatomistes russes ont bien décrits. Tel est le point de départ de l'affection appelée périmétrite par Gueneau de Mussy, pelvipéritonite par Bernutz, et que je préfère appeler adéno-lymphite postérieure. Il ne faut pas oublier enfin que les métrites sont le plus souvent entretenues et provoquées par un état diathésique, justiciable d'un traitement général.

M. Tenneson : Je n'ai pas dit un mot qui puisse faire croire que je veux guérir la métrite chronique uniquement par des badigeonnages intra-utérins. J'accepte le terme de périmétrite, afin de ne pas préjuger la question anatomo-pathologique pour désigner les tumeurs inflammatoires péri-utérines; je suis disposé à admettre que le rôle des lymphatiques dans leur production est considérable, ainsi que l'a montré Lucas-Championnière. Si je n'ai pas parlé du traitement général, c'est que cela ne rentrait pas dans ma communication. Mais, puisque le mot diathèse a été prononcé, je dirai volontiers qu'à mon avis, les diathèses sont des mots, rien que des mots, qui servent à déguiser notre ignorance, quand nous ne savons pas les conditions de production des phénomènes.

M. Martineau rappelle que c'est lui qui a mis en lumière le rôle de l'inflammation des lymphatiques.

M. Bucquoy réclame en faveur de M. Lucas-Championnière pour la priorité de l'étude des lymphatiques utérins.

M. MARTINEAU : J'ai reconnu déjà que M. Lucas-Championnière, M. Siredey, comme M. A. Guérin, ont parlé du rôle des lymphatiques dans les affections utérines. Mais je ne pense pas qu'ils aient fait une étude aussi complète de l'adéno-lymphite que je l'ai faite moi-même.

— A l'unanimité des suffrages, MM. de Beurmann, Oulmont et Muzelier sont élus membres titulaires.

— M. DU CASTEL présente une pièce anatomique relative à un cas de tuberculose méningée limitée au lobule paracentral. C'est le troisième cas qu'il voit, et il considère ce point comme un siège de prédilection pour la méningite tuberculeuse localisée de l'adulte. — P. L. G.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 20 au 26 Juin 1884. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 962. — Fièvre typhoïde, 39. — Variole, 0. — Rougeole, 31. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 14. — Diphthérie, croup, 36. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 3. — Infections puerpérales, 4. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. aiguë), 47. — Phthisie pulmonaire, 201. — Autres tuberculoses, 10. — Autres affections générales, 68. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 55. — Bronchite aiguë, 21. —, — Pneumonie, 59. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 36 ; au sein et mixte, 13 ; — inconnues, 7. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 80 ; circulatoire, 52 ; respiratoire, 59 ; digestif, 44 ; génito-urinaire, 22; de la peau et du tissu lamineux, 7; des os, articulat. et muscles, 8. — Morts violentes, 38. — Causes non classées, 5.

Le nombre des décès survenus à Paris est de 962 au lieu de 1,000 qui avaient été constatés la semaine dernière.

Pas un seul décès par choléra n'a été signalé au Service de statistique municipale au moment où le présent Bulletin est livré à l'impression.

La Dyssenterie dont l'apparition passe pour être prémonitoire du choléra n'a pas fait une victime à Paris depuis trois semaines. Nous n'avons reçu avis que d'un seul cas présentant, paraît-il, quelques-uns des symptômes du choléra sporadique et qui n'a pas été suivi de décès.

Il a été reconnu, après enquête, qu'il ne s'agissait pas du choléra.

Le service de Statistique a reçu notification de 383 mariages et de 1,214 naissances d'enfants vivants (612 garçons et 602 filles) dont 927 légitimes et 287 illégitimes ; 56 parmi ces derniers, ont été reconnus immédiatement par l'un des parents ou par les deux.

Dr Jacques BERTILLON,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

COURRIER

NÉCROLOGIE. — Le docteur E. Thomas vient de mourir à Nevers, laissant de profonds regrets autour de lui. Jamais, à Nevers, dit le *Journal de la Nièvre*, obsèques ne furent célébrées au milieu d'un plus grand concours de population. De toutes parts, sur le passage du cortège funèbre, la foule accourait; l'éloge du chirurgien expérimenté, de l'homme bienfaisant et généreux, était dans toutes les bouches.

Le docteur E. Thomas était chirurgien en chef de l'hôpital de Nevers, officier de la Légion d'honneur, ancien interne des hôpitaux de Paris (promotion de 1846).

Après avoir été opéré avec succès, par le docteur Sarrazin, de Bourges, d'un épithélioma de la lèvre inférieure, il y a deux ans, il a succombé à une récidive sous l'os maxillaire. Quelques jours avant sa mort, il envoyait 500 francs à l'Association des médecins de la Nièvre. On l'a enterré le 25 juin, et on peut dire que toute la ville de Nevers suivait les funérailles.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Séance extraordinaire du 5 juillet (en remplacement de la séance réglementaire du 12 juillet). — 1. M. Besnier : Des accès pernicieux sporadiques. — 2. M. Charpentier : Présentation d'une malade atteinte de doigt à ressort. — 3. Vote sur la candidature de M. Gros (d'Alger), au titre de membre correspondant. — 4. Communications diverses.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

Traitement médical de l'angine pseudo-membraneuse et du croup.

Sans doute la présence d'un médecin est d'une grave importance auprès d'un malade atteint d'angine pseudo-membraneuse ou de croup, d'autant plus que les indications les plus diverses, et en particulier celle de la trachéotomie, peuvent se présenter. Mais combien d'enfants meurent à la campagne parce que le médecin n'a pu arriver en temps opportun! Combien les épidémies se propagent avec rapidité, parce que les parents des enfants malades n'ont pas eu sous la main, d s le début, un moyen facile de désinfection prophylactique! Ce serait donc un grand bienfait de pouvoir, en temps d'épidémie croupale, donner aux familles quelques instructions simples et précises qui leur permissent d'agir elles-mêmes sans imprudence et sans retard, aussitôt qu'un enfant présente les symptômes de la diphthérie.

Depuis que j'ai adopté contre ce terrible fléau une méthode de traitement bien déterminée, je n'ai eu à soigner que trois enfants atteints d'angine pseudo-membraneuse au début. Ces enfants ont guéri en deux ou trois jours; mais je ne m'abuse nullement sur la valeur d'une pareille statistique. Si je me décide aujourd'hui à exposer cette méthode thérapeutique, c'est par la raison que chacune des substances employées est reconnue par tous les médecins sinon efficace, du moins rationnellement indiquée contre la diphthérie, et que cette méthode, dans son ensemble, me paraît exempte de danger et surtout précieuse au point de vue de la facilité d'exécution. J'ai, en effet, la conviction que toute personne intelligente et dévouée qui l'aura méditée quelques instants, et se sera procuré les substances nécessaires, pourra rendre, *en temps d'épidémie croupale*, les plus importants services dans les campagnes éloignées de tout médecin. Elle pourra du moins, en attendant l'homme de l'art, apporter à l'enfant menacé à bref délai dans son existence les secours d'une médication judicieuse, sinon héroïque, et, ce qui n'est pas d'une moindre importance, entraver le fléau dans sa propagation.

Voici cette méthode de traitement que je viens soumettre à l'appréciation de mes confrères :

1° Au début, si l'enfant respire avec peine et n'est pas trop affaibli, un vomitif à l'ipéca est peut-être indiqué. Je pense que l'on ne devra pas d'ordinaire, dans le cours de la maladie, renouveler cette médication spoliatrice et dépressive.

FEUILLETON

CAUSERIES

La bravoure médicale, civile et militaire. — M. Straus en Egypte et M. Monard au Sénégal. — Chances égales, récompenses différentes. — Le médecin et le vétérinaire appréciés par un alcoolique. — Comment on arrive à comprendre le latin sans l'avoir appris.

Eh quoi! l'ennemi est à nos portes, et vous délibérez? — Non, chers lecteurs, l'ennemi (c'est le choléra que je veux dire) n'est pas à nos portes, et c'est pourquoi on délibère tant, au premier étage comme au rez-de-chaussée de ce journal, dans les feuilles médicales et dans les feuilles profanes, et qu'on y dit des choses sensées et même insensées, aussi bien dans le *Soir* que dans le *Matin*. Mais, après ce qu'en ont dit les courageux membres de la mission envoyée par le ministère du commerce à Toulon, MM. Rochard, Proust, et leur éloquent porte-parole M. Brouardel, et nos collaborateurs chargés de tenir nos lecteurs au courant de la question, Simplissime doit se taire, ou tout au plus se borner à prier ses admirateurs, — car il en a, n'est-il pas vrai? — de vouloir bien lire le compte rendu de la séance de l'Académie de médecine de mardi dernier, ou les articles de C. L. D. dans chaque numéro de l'*Union médicale*.

Ce devoir rempli, je me sens l'esprit un peu plus libre pour passer à un autre côté des maladies épidémiques et des missionnaires chargés de les étudier sur place. Parmi

2° Faire dans la gorge de l'enfant, au moyen d'un petit pinceau, des badigeonnages avec un glycérolé de sulfure de sodium au dixième ou au vingtième toutes les heures, toutes les deux, trois ou quatre heures, suivant la gravité du mal. Ces badigeonnages, qui sont désagréables sans doute, mais peu irritants, m'ont paru d'une extrême efficacité. Je me suis servi d'un glycérolé de sulfure de sodium au dixième, et les parents, en mon absence, ont renouvelé, sans aucune difficulté, la petite opération. Le sulfure de sodium présente l'avantage d'être indiqué aussi bien à titre de médicament interne que de modificateur externe.

3° Verser un peu de la solution antiseptique suivante dans une cuillère en fer, dont on approchera une allumette enflammée. Le liquide prend feu dans ces conditions et répand dans la chambre des vapeurs odorantes auxquelles j'attribue un grand pouvoir curatif et aussi prophylactique. Renouveler cette combustion avec des quantités telles de la solution et à de tels intervalles que le parfum se maintienne seulement perceptible dans la chambre du malade. Ces fumigations ne dispensent pas, toutefois, de renouveler convenablement l'air de l'appartement.

Solution antiseptique.	Acide phénique........	280	grammes.
	— salicylique.......	56	—
	— benzoïque.......	112	—
	Alcool rectifié..........	468	—

J'ai voulu d'abord employer en vaporisations cette solution antiseptique dont je versais une cuillerée à bouche toutes les trois heures dans une bouillotte placée sur un petit fourneau à pétrole, suivant la méthode de M. le docteur Renou, de Saumur, à qui j'en ai emprunté la formule. Mais soit que le pétrole fût de mauvaise qualité, soit que les gens fussent inhabiles pour modérer la flamme du fourneau, celle-ci versait dans l'atmosphère de la chambre une quantité considérable de fumée noire, épaisse et infecte que l'enfant ni même les grandes personnes ne pouvaient supporter. J'ai dû renoncer à ce mode d'emploi, et c'est alors que j'ai songé à la combustion dans une cuillère en fer.

J'ai en outre employé des fumigations pratiquées de la même manière avec de l'essence de térébenthine ; j'alternais la combustion des deux liquides ; mais la térébenthine répand dans la chambre une odeur plus désagréable et je n'en admets pas aussi facilement l'opportunité.

4° Donner à l'enfant toutes les heures ou toutes les demi-heures par cuillerées à café une potion de 100 à 150 grammes où l'on fera entrer 2 à 5 grammes de chlorate de potasse, de l'alcool, du café et du quinquina en ayant soin, par l'addition d'un sirop quelconque, d'eau de menthe, etc., de rendre cette potion agréable au goût, pour que l'enfant la prenne sans aversion et sans résistance.

---

ceux-ci, deux m'ont beaucoup intéressé, non parce qu'ils sont plus savants ou plus modestes que les autres, mais parce qu'ils me paraissent réunir deux qualités maîtresses, dont l'une doit être inhérente au médecin, le courage professionnel, scientifique, et dont l'autre, qu'on n'exige pas d'eux souvent, heureusement, a fort honoré un grand nombre de nos confrères dans les années néfastes de 1870 et 1871, le courage militaire. Si je parle de cette dernière qualité, à propos des deux missionnaires dont je vous dirai les noms tout à l'heure, c'est parce qu'elle est restée un peu dans l'ombre dans leurs états de service, et que je les aime assez tous deux pour oser risquer de les faire rougir sans m'exposer à perdre leur amitié.

*
* *

Lorsque notre malheureuse Alsace fut séparée de nous par le fer et le feu, comme vous savez, je vis arriver un jour, à l'hôpital Lariboisière, un jeune homme qui avait quitté Strasbourg en cendres, et, après avoir traversé les lignes prussiennes et françaises au prix de mille périls, était arrivé à Paris pour offrir ses services aux ambulances. Je n'ai jamais revu depuis cette tête énergique, colorée, brune, aux yeux et aux cheveux noirs, presque imberbe, sans me rappeler l'impression que je ressentis alors ; je croyais voir un enfant du Midi, et M. Straus était de Strasbourg. (J'écris *Straus* avec un *s*, et non *Strauss* avec deux *s*.) Depuis, M. Straus, devenu Parisien, concourut avec ses nouveaux camarades, comme tant d'autres à qui nos hôpitaux et nos amphithéâtres furent ouverts, et fut nommé successivement médecin des hôpitaux et professeur agrégé à la Faculté de médecine. C'est alors qu'il s'attacha au laboratoire de M. Pasteur, et

5º Présenter à l'enfant toutes les deux, trois ou quatre heures, suivant son âge, une alimentation composée de substances facilement digestibles, variées et appropriées autant que possible à son âge et à ses goûts : lait, œufs, viandes, fruits cuits, confitures, etc. Si l'enfant manifeste du dégoût pour manger, on se gardera avec soin de lui en offrir avant que le moment d'en prendre soit arrivé et alors on lui en présentera en s'abstenant de longues et importunes sollicitations. L'enfant cède beaucoup mieux dans ce cas à une muette et douce autorité qu'aux étourdissantes prières.

6º Désinfecter les linges qui auront servi à recevoir les déjections de l'enfant et particulièrement sa salive, ses vomissements, en plongeant ces linges dans un baquet contenant une solution antiseptique composée par exemple de sulfate de cuivre du commerce, 50 grammes pour un litre, ou bien de chlorure de chaux, 80 grammes (une tasse à café) pour un litre d'eau également. On les retirera du baquet en les tordant au bout d'une demi-heure d'immersion dans ce liquide, qu'il suffit de renouveler tous les jours. Mais il faut remettre le linge humide encore au blanchisseur qui le rincera immédiatement dans l'eau bouillante avant de le soumettre à la lessive commune.

Dans cette méthode, je souligne spécialement les badigeonnages de la gorge avec le glycérolé de sulfure de sodium au point de vue curatif, et les fumigations avec la solution antiseptique au double point de vue curatif et prophylactique. Mais les principaux avantages que je lui attribue sont la facilité de l'exécution, l'emploi exclusif de substances non irritantes et surtout le respect des fonctions digestives de l'enfant.

Personne ne met en doute aujourd'hui que les acides composant la solution antiseptique de M. Renou aient une action éminemment sédative, et j'ai remarqué que, sous l'influence des fumigations, l'enfant cessait de se plaindre, ne tardait pas à se calmer et même à s'endormir.

Je finissais ce travail au moment où le croup a reparu à Blain. Un enfant de 1 an est reconnu malade par ses parents vers dix heures du matin, ou plutôt c'est à ce moment qu'ils appellent un de mes confrères, et à huit heures, le lendemain matin, l'enfan succombait. Ne l'ayant pas soigné, je n'ai pas à m'en occuper davantage ; mais le jour suivant on m'appelle auprès d'une petite fille de 4 ans.

Observation. — *Croup. — Amélioration momentanée par le traitement médical. — Refus de la trachéotomie. — Mort.* — Les parents sont mes voisins; ils viennent fréquemment me consulter pour la moindre indisposition. Cependant, alors que le croup vient de faire à Blain une victime, ces gens s'aperçoivent le 20 mai, vers onze heures du soir, que leur enfant souffre beaucoup de la gorge, ils la voient passer une très mauvaise nuit, et je ne suis appelé que le lendemain, 21 mai, à dix heures et demie du matin.

Je trouve l'enfant couchée, ne remuant pas, ne répondant pas aux questions qu'on lui adresse, et dans un état de dyspnée très prononcé. L'arrière-gorge est tapissée de fausses membranes, et les ganglions rétro-laryngiens sont engorgés; l'un d'eux surtout est beau-

---

que, l'an dernier, avec MM. Nocard, Roux et Thuillier, il fit cette campagne d'Egypte, si glorieuse pour tous, si néfaste pour l'Ecole normale et pour la famille et les amis de Thuillier.

* * *

Pendant que M. Straus franchissait la distance qui sépare Strasbourg de Paris, un autre jeune homme de 19 ans, aussi imberbe que le premier, mais que, d'après ses autres caractères physiques, on aurait pris pour un enfant du Nord, s'engageait comme volontaire dans la compagnie franche de la Savoie, son pays. En octobre 1870, il fut incorporé à l'armée des Vosges, fit toute la campagne avec Garibaldi, et fut blessé le 21 janvier 1871 aux combats de Dijon, au moment du dernier effort que firent en vain nos armées pour arracher la France à la force qui allait bientôt primer le droit.

La paix signée, M. Monard étudia la médecine à Lyon, devint interne des hôpitaux, s'adonna particulièrement à l'étude de la chimie, et concourut en 1877 pour le prix Vulfranc-Gerdy qui lui permettait de passer quatre années dans une station d'eaux minérales, comme élève stagiaire et aux frais de l'Académie. J'ai eu la curiosité de lire le rapport qui fut fait sur ce concours par Pidoux, au nom d'une commission composée de MM. Béclard, Gubler, Jules Lefort, Broca et Pidoux, président d'âge. Vous savez si Pidoux aimait à prodiguer les éloges; cette fois, il ne les a guère ménagés; épreuve écrite ou épreuve orale, il trouve tout bon, et s'il n'a pas dit : parfait! c'est sans doute faute d'habitude; mais ces conclusions doivent être reproduites :

« Le jugeant donc (M. Monard) d'une manière absolue, il a mérité le titre d'élève sta-

coup plus gros qu'à l'état normal. La toux est fréquente, sèche, rauque, peu bruyante. La prostration est manifeste.

L'indication de la trachéotomie est déjà évidente; mais je veux essayer d'abord ce que j'obtiendrai par la médication interne. Je commence donc le traitement tel que je l'ai décrit précédemment, et je fais toutes les heures des badigeonnages avec le glycérolé de sulfure de sodium au dixième. Quelques instants après ma première visite, l'enfant respire plus facilement, elle s'asseoit même dans son lit et dit quelques mots à sa mère; sa voix est moins rauque: c'est que le premier badigeonnage de la gorge lui a occasionné des secousses de vomissements qui ont détaché un peu des fausses membranes. Je reviens la voir fréquemment dans la journée; je veille à l'exécution du traitement, et voici mes principales remarques :

A trois heures de l'après-midi, je trouve la petite fille endormie d'un sommeil très calme; sa respiration est facile. Mais les badigeonnages de la gorge lui ont fait rejeter toute sa nourriture. Je recommande de faire ces badigeonnages quelques instants avant le repas, le plus loin possible du repas précédent, et de ne pas prolonger le contact du pinceau avec l'arrière-gorge.

Jusqu'à neuf heures du soir, il se produit de légères variations en bien ou en mal, et, par moments, je suis effrayé du contraste qui existe entre le calme de l'enfant et la difficulté de la respiration. Je crains de me méprendre sur la cause véritable de cette quiétude, et d'attribuer à un bien-être salutaire ce qui serait dû à la dépression des forces.

A neuf heures du soir, je reviens voir l'enfant; je la trouve manifestement mieux. Elle respire sans difficulté; l'estomac et le ventre sont très peu mobiles pendant les mouvements de la cage thoracique; elle est toujours très calme; mais, remarquant que je m'apprête à lui donner une cuillerée de sa potion, elle se soulève spontanément pour avaler avec plus de facilité. Je me retire, en recommandant aux parents de m'avertir, s'il se produit la moindre aggravation; ils me le promettent et semblent même, sur mes instances, résignés à l'éventualité d'une trachéotomie.

A trois heures du matin, on m'appelle pour un autre malade, et j'en profite pour les visiter. Je trouve l'enfant dans un état de dyspnée plus intense que jamais, et je déclare aux parents que la trachéotomie seule peut la sauver. En vain j'insiste; ils refusent, et disent même qu'ils ne m'ont pas appelé pendant la nuit, par la crainte de l'opération.

Le lendemain matin, à cinq heures, l'enfant est mourante. Je propose encore, sans succès, la trachéotomie. Elle succombe vers six heures et demie.

Sans doute, le traitement médical a été insuffisant auprès de cette petite fille. Mais, sans mettre à la charge des parents une négligence involontaire sans doute, commise entre neuf heures du soir et trois heures du matin, ne peut-on pas affirmer que ce trai-

---

giaire aux eaux minérales, que nous lui avons unanimement accordé et qu'il aurait mérité à moins.

« Le jury a même exprimé le désir qu'en le rappelant dans cette salle pour lui faire connaître sa nomination, j'ajoutasse à ce jugement favorable des éloges particuliers pour le bon esprit scientifique, le savoir, la méthode et la lucidité remarquables dont il venait de faire preuve. »

Les conclusions du rapport furent mises aux voix et adoptées. Je n'insiste pas; je ne dirai même pas où M. Monard fit son stage. J'ajouterai seulement qu'avant ou après celui-ci, je ne sais plus au juste, il travailla pendant un an au laboratoire de chimie de l'Académie, qu'il y fit des études approfondies sur les humeurs et liquides de l'organisme, qui le préparèrent à la campagne qu'il allait entreprendre au Sénégal. En 1873, l'épidémie de fièvre jaune avait dans ce pays, parmi le corps de santé, 22 décès sur 25 médecins.

En 1881, l'épidémie ayant recommencé ses ravages, M. Monard, reçu docteur, demanda une mission au ministère, et partit le 4 octobre pour aller sur place étudier le fléau. Il put faire d'intéressantes recherches sur les variations de l'urée et de l'albumine dans la fièvre jaune; il avait entrepris en outre des études sur les causes de cette affection, mais il dut bientôt les abandonner et changer son rôle de chimiste et de micrographe contre celui de médecin traitant; encore une fois le corps de santé de la marine payait un lourd tribut à l'épidémie. Celle-ci, lorsque M. Monard arriva à Gorée, durait depuis trois mois à Saint-Louis, où elle avait fait de 8 à 900 victimes, dont 10 médecins. A Gorée, il n'y avait que 40 ou 50 Européens au moment où l'on constatait le premier cas de fièvre jaune; toutes les troupes avaient été disséminées dans des camps, et l'hôpital

tement a donné amplement tout ce que l'on peut exiger, dans un cas aussi grave, d'un traitement purement médical? Je suppose l'enfant à la campagne, et aucun médecin à proximité. J'ai la conviction qu'une personne étrangère à l'art médical, et seulement instruite de cette méthode thérapeutique, aurait pu faire ce que j'ai fait moi-même et donner ainsi au médecin le temps d'arriver.

Toutefois, je regrette de n'avoir pas recouru, dans ce dernier cas, comme précédemment, aux fumigations mixtes avec la solution antiseptique et avec l'essence de térébenthine. Dans un cas antérieur à ceux dont il est fait mention dans ce travail, j'ai obtenu en effet, sous la seule influence de ces deux sortes de fumigations alternées, l'expulsion d'une fausse membrane longue de trois à quatre centimètres, résultat heureux que j'ai en vain espéré et attendu chez ma dernière malade, pour qui je n'ai employé que la solution antiseptique. Je me demande aussi si l'aggravation de la nuit n'est pas survenue par suite de l'excès même des fumigations et de l'aération insuffisante.

Nous sommes aujourd'hui au 26 mai, et la sœur de la défunte, âgée de 6 ans environ, et qui n'a pas quitté le logis paternel, ne présente encore aucun symptôme inquiétant. Je prescris de continuer, à doses très faibles sans doute, les fumigations avec la solution antiseptique et avec l'essence de térébenthine.

D[r] R. Couëtoux.

BIBLIOTHÈQUE

La Géographie médicale, par le docteur A. Bordier, professeur à l'Ecole d'anthropologie. Paris; C. Reinwald, 1884.

L'auteur s'est proposé, dans ce livre, d'exposer l'état de nos connaissances sur l'influence du climat et de la race sur la production, la marche et la répartition des maladies. Examinée au point de vue de la pathologie humaine, cette étude aurait déjà été considérable; M. Bordier, sans s'effrayer d'un surcroît de travail, a élargi son cadre : il y a fait entrer la pathologie vétérinaire, pour la comparer à l'autre, et indiquer les analogies et les différences qu'elles présentent dans les différents climats. On comprend que l'intérêt du livre ait été augmenté d'autant. Actuellement, les études pathologiques s'adressent tout particulièrement à l'étiologie, et la recherche de l'influence des races et des espèces, comme tout ce qui touche à la constitution de l'individu, doit évidemment tenir le premier rang dans cette étude; la *Géographie médicale*, et c'est ainsi que l'a compris M. Bordier, en est en quelque sorte la partie fondamentale, et tous ceux qui ont adopté la manière de voir de notre maître, M. Verneuil, relativement à l'influence des

---

évacué; il y eut une vingtaine de cas, dont 15 décès; 2 médecins succombèrent : le docteur Carpentin, médecin principal de la marine, et le docteur Lullien, prévôt de l'hôpital; plus heureux qu'eux, M. Monard, qui les remplaça et les soigna, fut atteint par le mal, mais n'en mourut pas.

Revenu en France sans avoir, non plus que M. Straus, *trouvé le microbe*, il fit un rapport au ministre et attendit. Il attendit vainement ; sa mission avait été gratuite, elle resta gratuite; les frais qu'il avait faits demeurèrent à sa charge; son rapport fut *classé*, et.....

— M. Monard fut décoré?

— Oui, de la médaille militaire, en 1871.

*
* *

Terminons par quelque chose de plus gai.

Ce matin, chassé de mon lit par la chaleur, je me décidai, ce qui ne m'était pas arrivé depuis longtemps, à grimper sur l'impériale d'un tramway et à aller suivre une visite d'hôpital. J'eus pour compagnon de route une brave femme, portant sur ses genoux un petit garçon souffreteux, *qu'elle allait consulter à l'hospice;* un ouvrier qu'à son air rubicond, mais déjà un peu bouffi, on reconnaissait facilement pour un fervent adepte de la dive bouteille, et un jeune interne des hôpitaux. La conversation était engagée entre la bonne femme et l'ouvrier.

— Vouz avez bien tort, disait celui-ci à sa voisine, de conduire votre enfant voir les médecins. Les vétérinaires, à la bonne heure, parlez-moi de ça, mais les médecins! Ils

états constitutionnels sur la marche des blessures, seront reconnaissants envers le savant professeur de l'Ecole d'anthropologie de l'importante contribution qu'il a apportée à nos travaux.

Le présent volume est divisé en trois parties, consacrées : la première, à l'étude des milieux extérieurs à l'homme ; la seconde, au milieu intérieur; la troisième, à la transformation de l'individu sous diverses influences. Les milieux extérieurs influent de diverses manières sur l'individu : — par l'atmosphère et ses divers agents: température, lumière, électricité, vapeur d'eau, poussières atmosphériques, altitude — par le sol, si variable dans sa composition; par sa faune et sa flore, dont les produits, depuis les infiniment petits, qui ne sont pas les moins nuisibles, jusqu'aux infiniment grands, sont les ennemis que l'homme est obligé de combattre ou de protéger, suivant leurs propriétés, dans sa lutte pour l'existence : produits alimentaires, dont la nature peut influer si puissamment sur les modifications de l'espèce, soit comme qualité, soit comme quantité; les ferments, les parasites, etc.; — enfin le milieu social, la civilisation exercent également sur la maladie une influence qui méritait une place dans ce chapitre.

La seconde partie, relative à l'influence du milieu intérieur sur les maladies, nous montre la différence des races, des individus au point de vue de ce milieu, et la variabilité des aptitudes des individus aux influences morbides, aux poisons, et des symptômes morbides eux-mêmes. C'est dans cette partie que se trouvent les chapitres relatifs à la pathologie générale comparée des tempéraments, des états physiologiques ou pathologiques, des sexes et des âges, à l'aptitude et à l'immunité morbides, spontanées ou acquises par la vaccination.

Enfin, la troisième partie est consacrée aux variations des individus sous l'influence des maladies, de l'atavisme, de l'hérédité. Là sont étudiées: la transformation de l'individu par le milieu, la genèse des maladies à microbes, la tératologie, ses causes et leurs modes d'action ; la valeur philosophique, l'origine pathologique et la répartition géographique des monstruosités; l'hérédité, et accessoirement la consanguinité, comme causes de maladies; la sélection humaine et ses conséquences sociales; enfin, les causes de la dégénérescence de l'homme: le défaut d'acclimatement, l'influence du sol, de l'alimentation, des maladies et les causes sociales. Toute la question du transformisme est examinée à ce propos.

Au texte sont ajoutées de nombreuses cartes géographiques dont les différentes colorations indiquent la présence des maladies et des races, ou leur prédominance dans certains pays. Cette méthode graphique, très précieuse par les notions d'ensemble qu'elle donne au lecteur, sera un attrait de plus pour ceux qui voudront étudier le livre de M. Bordier.

L.-H. PETIT.

---

ne savent rien, c'est nous qui leur disons tout. Quand on arrive chez eux, ils vous demandent: « Où avez-vous mal? Depuis quand êtes-vous malade? Qu'est-ce que vous avez fait? » Et voilà. Vous leur dites tout, le mal et ce qu'il faut faire, ça n'est pas plus malin que ça! Mais les vétérinaires, à la bonne heure! Ils vous regardent une bête qui ne dit rien, ils la tâtent, la regardent marcher, et ils disent: Elle a ça, il faut faire ça; et voilà! Voyez-vous, les vétérinaires, c'est la première classe, mais les médecins, c'est la dernière classe. Moi, tel que vous me voyez, j'ai 45 ans, mais je n'ai jamais mis ma main dans la patte de ces bouchers-là! »

Enhardie, la bonne femme prend à son tour le dé.

« — C'est comme moi, dit-elle avec conviction, ils n'y ont rien vu. J'ai eu une grosseur à l'estomac, une tumeur au sein, comme ils disent, ils me l'ont coupée une fois, puis ça a repoussé; et ils sont venus tous autour de mon lit, à l'hôpital, et ils se sont consultés pour savoir s'il fallait recommencer; et ils m'ont demandé un tas de choses, de père et de mère, de frère et de sœur, et toute la famille y a passé; bien sûr ils n'y voyaient que du feu. Et ils ont parlé latin, croyant que je ne comprenais pas; mais vous savez, quand on a un mal si grave que ça, on comprend tout, même le latin, et j'ai très bien compris; ils ont dit que si on ne me le coupait pas encore, je mourrais, et je me le suis laissé couper, et ça va bien.

— Oui, reprit l'homme, têtu comme un ivrogne, mais on vous a demandé un tas de choses; oui, je le sais bien; mais le vétérinaire n'aurait rien demandé, et il aurait vu clair tout de même. Les médecins, c'est de la dernière classe. »

J'écoutais, triste d'entendre un de mes compatriotes, un électeur bien sûr, émettre de telles inepties, malheureux d'y trouver un sujet de feuilleton; et comme mon voisin

Diagnostic des phthisies douteuses par les bacilles des crachats, par M. Germain Sée, professeur de clinique médicale à la Faculté. — Paris, 1884; Delahaye.

On retrouve dans cette brochure la substance d'une intéressante communication que M. G. Sée faisait naguère à l'Académie de médecine. De plus, elle donne en quelque sorte un avant-goût du traité complet de la phthisie que prépare actuellement le savant professeur, et qui aura pour résultat de confirmer l'introduction, dans la pathologie usuelle, des conquêtes récentes de la médecine expérimentale sur la nature microbique de la tuberculose.

En effet, l'unité pathologique et l'unité expérimentale de cette affection étant aujourd'hui hors de discussion, et l'existence du microbe tuberculeux hors de doute, la méthode nouvelle permet de faire à la fois le diagnostic de vérification des phthisies avérées et le diagnostic différentiel des *phthisies latentes*, des *phthisies larvées* et des *pseudo-phthisies*. Elle arrive donc à son heure.

Par la lecture de cette brochure, on préjugera sans peine de la valeur clinique du livre futur et de son succès. Ce sera là une occasion nouvelle, dans la patrie de M. Villemin, de rendre bonne justice à une découverte de l'initiateur des travaux de Koch. Une telle revendication n'est pas inutile, en présence des prétentions des savants d'outre-Rhin. Il y a donc de nombreux motifs pour applaudir l'œuvre nouvelle de M. Germain Sée.

Ch. E.

Hygiène des écoles (*Hygiène de las escuelos*), par don Joaquim Ghillida Melia. 1883, Castellon.

En écrivant ce petit volume, l'auteur a voulu mettre aux mains des instituteurs et des personnes qui s'intéressent à l'enfance un manuel complet des connaissances élémentaires qu'elles doivent posséder en hygiène scolaire. Les règles de cette hygiène, d'après M. Joaquim Ghillida Melia, sont à la fois subjectives et objectives. Subjectives, elles sont relatives aux sensations spéciales (vision, audition, tact); aux actes musculaires du chant, de la parole et de la déclamation; ou bien à des phénomènes psychiques dont l'étude fera le sujet d'un autre mémoire. Objectives, elles ont pour objet les locaux scolaires, le milieu atmosphérique et climatérique.

Tel est le plan suivi dans cet ouvrage, qui a été inspiré par des sentiments qui font honneur à l'auteur et à la plume qui a su si bien les traduire. Dans un chapitre additionnel, M. Gillida Melia donne encore des instructions utiles sur les maladies contagieuses, les moyens de les reconnaître, des visites spéciales dans les écoles, des vaccinations et enfin sur la réglementation hygiénique des travaux des écoliers. Ce petit ouvrage, dont on peut critiquer le plan, est suffisamment complet dans les détails. A ce titre, il mérite d'être lu et certainement trouvera faveur dans le pays dont il est originaire. — Ch. Eloy.

---

l'interne, je regardais ce visage gras, ces paupières bouffies, un peu jaunes en dedans, ces varicosités de la peau, ce gros ventre élargi qui annoncent une cirrhose. Bref, je cherchais le mot de la fin. Ce fut l'homme qui me le donna.

« — Monsieur, lui dit poliment l'interne, je suis médecin, je ne suis pas vétérinaire; je ne vous ai rien demandé et vous ne m'avez rien dit de votre santé; eh bien, je puis vous dire que vous avez une maladie du foie, avec de l'eau dans le ventre, et que vous ne serez pas longtemps à passer par les mains du boucher pour vous faire ponctionner. »

Et il se leva, quittant le tramway pour aller mettre une lettre à la poste.

L'homme devint pâle, regarda sa voisine les lèvres tremblantes, le regard hébété, et dit :

« — Pour un fameux, en voilà un fameux, ce blanc-bec; il m'a dit la même chose que le médecin du Bureau de bienfaisance hier; pour sûr, il est plus que de la première classe; il faut que je lui offre un verre! »

Et il partit à sa recherche.

Simplissime.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1884.

A Toulon, du 29 au 30 juin, on compte 11 décès (1 militaire à l'hôpital Saint-Mandrier), 2 morts à l'hôpital de Toulon, 8 en ville ou dans la banlieue; 5 entrées à l'hôpital civil; 2 cas, dont 1 décès à bord du *Shamrock;* 24 cholériques en traitement à l'hôpital maritime, 62 à l'hôpital Saint-Mandrier et 8 à l'hôpital civil.

Du 29 juin au 1er juillet, on constate 8 décès civils; 1 décès militaire; 3 nouveaux cas. Du 1er au 2 juillet, la mortalité et la morbidité augmentent; elles sont de 18 décès; 17 entrées dans les hôpitaux, où il existe 115 cholériques en traitement. Du 2 au 3 juillet, le nombre des décès s'élève à 14, et ce chiffre est le plus élevé depuis le début de l'épidémie. Il existe dans les hôpitaux 145 cholériques. Par contre, hier jeudi, le nombre des décès est descendu à 6.

L'épidémie s'étend surtout dans les campagnes, où beaucoup de décès sont ceux de fugitifs toulonnais.

A Marseille, du 29 au 30 juin, les décès s'élèvent à 10; du 30 juin au 1er juillet, à 1; du 1er au 2 juillet, à 4, et du 2 au 3 juillet, à 3. Dans la journée du 3, on signale 2 autres décès.

A Lyon, le cas de choléra observé mardi dernier était celui d'une femme venant de Marseille, où elle avait donné des soins à son fils, lycéen toulonnais, et victime de la maladie dans la première de ces villes.

A Paris, les cas qu'on signale sont des formes légères et bénignes de choléra nostras. Tel est celui du service de M. Hayem à l'hôpital Saint-Antoine. Il faut d'ailleurs s'étonner du petit nombre des cas de ce genre en présence des conditions très défectueuses de la voirie où, dans les quartiers populeux, malgré les promesses de l'édilité parisienne, on manque d'eau, on est aveuglé par une poussière fétide et où des odeurs infectent la voie publique et pénètrent dans les habitations.

Enfin, on ne peut que s'associer au vœu que vient d'émettre la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle demandant l'ajournement de la fête du 14 Juillet, à cause de l'affluence des voyageurs amenés à Paris par les trains de plaisir. Le Comité consultatif d'hygiène, qui dans ses instructions réclame la suppression de toutes les causes d'agglomération : foires, courses de chevaux, par exemple, n'a pas pris cette initiative, parce que l'état général de la santé publique à Paris est satisfaisant. Motif fort consolant, sans doute, mais défendre les réunions des champs de courses ou des foires et tolérer l'immense agglomération que provoquent les réjouissances populaires, les revues militaires et les revues scolaires, c'est faire tort à l'hygiène et aussi à la logique. L'initiative de la Société de médecine publique est donc des plus opportunes. — C. L. D.

LE CHOLÉRA DE 1873 ET LE CHOLÉRA DE 1884.

Pendant que le choléra toulonnais évolue lentement, paisiblement, et jusqu'ici assez modestement, nous avons tout loisir pour interroger l'histoire de l'épidémie de 1873 et essayer par analogie, d'en tirer quelques conclusions pour le choléra actuel.

Voilà une exploration trop négligue dans les débats actuels entre *asiatistes et sporadistes*! il me semble qu'avant de commencer le procès du choléra qui nous menace, ce retour en arrière est intéressant. Bien plus, une telle étude rétrospective serait des plus instructives, surtout pour nous autres parisiens, auxquels des prophètes d'humeur noire prédisent quotidiennement l'invasion meurtrière de la capitale.

Au lieu de sonner la trompette d'alarme, il vaudrait mieux parcourir un mémoire savant, complet et sagement conçu sur le dernier choléra parisien ; je veux parler du *Rapport adressé au préfet de la Seine sur l'épidémie de choléra qui a sévi à Paris pendant les mois de septembre, octobre et novembre* 1873.

Ce document est l'œuvre impartiale et sincère d'une plume autorisée et d'un hygiéniste expérimenté, M. le docteur J. Worms. En nommer l'auteur, c'est assez exprimer la valeur des enseignements contenus dans ce mémoire.

Le choléra de 1873 se développe progressivement. Il débute au Havre dans les premiers jours d'août, mais n'apparaît dans la capitale que le 29 août.

C'était donc un voyage en très petite vitesse que ce parcours du Hâvre à Paris en 29 jours avec arrêt à Rouen dans l'intervalle. Aussi, suivant la juste remarque de M. Worms, cette épidémie ne pouvait prendre « personne à l'improviste ». Des mesures prophylactiques fort prudentes, auxquelles l'auteur collaborait certainement, quoiqu'il

ne le dise pas, furent donc mises à exécution. Ce sont celles dont il est question à l'heure actuelle.

Devenu parisien, le choléra n'en marchait pas moins lentement, et, pour ainsi parler, avec incertitude. Il se trouvait cependant sur le même terrain qu'en 1832 et 1849 ; mais de grandes améliorations avaient assaini ce terrain.

Le 29 août, le premier cholérique entre à l'hôpital Saint-Louis ; puis, de ce jour au 11 septembre, la morbidité est nulle ; le choléra est latent. N'en a-t-il pas été de même ces jours derniers dans l'épidémie toulonnaise où aucun cas ne se déclarait du 14 au 21 juin.

Le 4 septembre, un nouveau décès se produit et l'épidémie atteint son maximum le 11 du même mois. A dater de ce jour, elle décroît jusqu'au 26, reste ensuite stationnaire jusqu'au 10 octobre, époque où commence une recrudescence dont le maximum a lieu le 17.

C'était un dernier effort du génie épidémique ; la morbidité et la mortalité s'atténuent définitivement ; enfin la maladie disparaît graduellement à la fin de novembre.

Ce début, cette faible mortalité, cette évolution retardée, possèdent bien, ce me semble, des analogies avec l'épidémie actuelle.

D'autre part, malgré cette lente progression du début, cette absence des explosions initiales, dont la violence a été considérée comme un caractère de la maladie des Indes, cette épidémie de 1873 était bien asiatique. Personne n'en contestait la nature. D'ailleurs hésiterait-on, que le diagnostic rétrospectif en serait encore possible, au moyen de ce rapport, dont la lucidité permet de suivre la maladie pas à pas dans chacune des *rues* et des *maisons* où elle fait des victimes ?

Au point de vue topographique, ce mémoire ne présente pas un moindre intérêt. Il serait donc désirable qu'édité à nouveau par l'administration, il fût distribué aux membres des comités d'hygiène des arrondissements : ils y trouveraient l'indication exacte des maisons contaminées et des foyers cholérigènes de 1873. Voilà des notions valant bien assurément certaines circulaires désormais fameuses.

Dans l'espace d'une semaine, le choléra s'était répandu sur toute la surface de la capitale, s'instaurant dans le X[e] arrondissement, les XI[e] et XIX[e], tous deux voisins, et le VII[e], situé à l'extrémité opposée de la ville ; gagnant bientôt les autres quartiers, le XVI[e] arrondissement fut atteint le dernier.

Enfin, conclusion qui mérite les méditations des alarmistes, le rapport de M. Worms démontre par des chiffres exacts, par une statistique rigoureusement et impartialement scientifique, la possibilité de résider à Paris sans grands risques de contagion, en temps de petit choléra asiatique comme celui de 1873. Alors, en effet, avec une épidémie d'allures analogues à celle de Toulon, la mortalité totale fut seulement de 855 décès, la morbidité probable de 1400 cas, et le rapport de la léthalité à la morbidité de 59 à 100. Ce dernier rapport est, — un autre pronostic rassurant, — beaucoup plus élevé en ce moment à Toulon et à Marseille.

Suum cuique. Il faut rendre bonne justice à des conclusions qui, je l'espère, seront à nouveau confirmées par la suite de l'épidémie actuelle. Dans cette vraisemblable éventualité, le choléra asiatique atténué de 1884 aurait eu un précurseur dans la maladie indienne mitigée de 1873. En tout cas, il a eu assurément dans M. Worms un historien dont l'œuvre ne sera ni atténuée ni mitigée dans ses sages conclusions par l'expérience du temps ou des événements. Ch. E.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 30 juin 1884. — Présidence de M. ROLLAND.

M. le docteur Tillaux donne lecture d'une note, remarquable à tous égards, sur deux cas de suture secondaire du nerf médian avec rétablissement rapide de l'innervation dans les parties paralysées.

On entend, dit le savant chirurgien, sous le nom de suture secondaire d'un nerf, celle que l'on pratique plus ou moins longtemps après sa section, alors que les deux bouts se sont cicatrisés séparément, par opposition à la *suture primitive* qui se fait immédiatement après l'accident.

Les cas de suture secondaire des nerfs chez l'homme sont fort rares, et prêtent à des

considérations de l'ordre scientifique le plus élevé; c'est pourquoi je me suis cru autorisé à en soumettre deux exemples à la haute appréciation de l'Académie des sciences :

« Le 2 novembre 1883, S... (Caroline), âgée de 23 ans, en nettoyant des vitres, se fit une plaie transversale profonde à la face antérieure du poignet droit; le nerf médian fut sectionné complètement. On ne pratiqua pas de suture primitive. La plaie guérit, mais il resta une paralysie absolue de toutes les parties de la main innervées par ce nerf.

« Le 4 mars 1884, c'est-à-dire quatre mois après l'accident, cette jeune fille, incapable de travailler pour gagner sa vie, entra dans mon service à l'hôpital Beaujon, demandant qu'on lui rendît l'usage de sa main droite.

« Voici ce que nous révéla une exploration minutieuse et bien des fois répétée : au poignet existe une cicatrice rectiligne transversale, douloureuse à la pression. On sent à ce niveau une saillie assez nette, constituée probablement par le bout central du nerf sectionné. La face palmaire du pouce, de l'index, du médius, de l'éminence thénar, ainsi que la face dorsale des deux dernières phalanges de l'index et du médius, sont totalement insensibles au contact, à la douleur et à la température; l'anesthésie est moins marquée, bien que très manifeste, sur la moitié externe de l'annulaire. La malade peut, sans éprouver la moindre sensation, plonger dans l'eau bouillante l'extrémité des doigts paralysés, ou bien ramasser des charbons ardents. Les muscles de l'éminence thénar sont atrophiés, et le mouvement d'opposition du pouce est aboli. Des troubles trophiques existent sur l'index et le médius. Cette exploration délimite donc exactement la paralysie au territoire innervé par le médian.

« Ajoutons que les parties paralysées sont plus froides que celles du côté opposée, et que la peau présente une teinte légèrement violacée. »

L'état actuel de nos connaissances sur la physiologie du système nerveux n'était pas de nature à m'engager à intervenir par une opération. Moi-même, dans un travail publié en 1866, me basant sur les résultats fournis par les expériences sur les animaux, j'avais considéré comme très douteux le rétablissement du courant nerveux par le bout périphérique d'un nerf coupé. Un échec était donc presque certain. Cependant, vivement sollicité chaque jour par la malade; convaincu, grâce aux progrès si remarquables de la chirurgie actuelle, de ne lui faire courir aucun danger, certain de ne pas aggraver son état en cas d'insuccès, je me décidai à agir.

L'opération suivante fut pratiquée le 19 mars. La malade étant endormie au chloroforme, les deux bouts du nerf médian furent mis à découvert à l'aide d'une incision verticale. Ils étaient distants l'un de l'autre de $0^m,01$ environ. Le bout central était renflé, le bout périphérique effilé.

Chacun d'eux fut excisé à son extrémité avec des ciseaux de façon à obtenir une surface de section fraîche et de même diamètre. Ensuite, sans se servir de pinces qui eussent pu contusionner les tubes nerveux, une aiguille très fine, armée d'un crin de Florence, fut passée, d'un bout dans l'autre, le fil fut introduit de façon qu'il ne pût s'interposer entre les deux bouts du nerf. Il fut serré doucement jusqu'à juxtaposition parfaite des deux surfaces de section, évitant soigneusement que le névrilème se repliât vers l'axe du nerf, ce qui eût empêché la réunion. Le fil fut noué, coupé à ras du nœud et abandonné dans la plaie. On évite ainsi la manœuvre délicate et compromettante pour le succès définitif de l'enlèvement du fil dans les jours qui suivent l'opération. Mais l'abandon du fil ne doit se faire que s'il est de nature à être résorbé sur place.

La plaie extérieure fut ensuite drainée, réunie avec des fils d'argent et recouverte d'un pansement de Lister. Les précautions les plus minutieuses de la méthode antiseptique avaient été observées.

La main de la malade fut immobilisée dans la flexion et maintenue ainsi pendant huit jours sans qu'il fût touché au pansement. Au huitième jour, la réunion était complète. Que s'était-il passé du côté du nerf médian? Dès le deuxième jour, la malade accuse des picotements, des élancements sur la face palmaire de l'index et du médius. Le troisième jour, l'index et le médius sentent le contact d'une épingle qu'on promène doucement à leur surface. La sensibilité reparaît de plus en plus les jours suivants. Bref, le 1er mai, six semaines après l'opération, la malade demande sa sortie. La sensibilité et les mouvements sont revenus à ce point qu'elle travaille à l'aiguille et au crochet. Elle se sent en état de reprendre sa profession.

Les faits exceptionnels se présentent rarement isolés :

« Il y avait à cette époque, dans le service, une jeune femme de 28 ans, entrée pour une affection abdominale. Elle nous apprit que quazorze ans auparavant, en 1870, étant tombée sur un fragment de bouteille, elle s'était fait une plaie profonde à la face anté-

rieure du poignet droit. Le nerf médian avait dû certainement être sectionné, car cette malade présentait les mêmes symptômes paralytiques que la précédente.

« Témoin du bonheur qu'éprouvait sa camarade d'infortune d'avoir recouvré l'usage de sa main, elle réclama à son tour une opération.

« L'hésitation était bien permise. Suturer les deux bouts d'un nerf coupé depuis quatorze ans paraissait une entreprise presque téméraire. Cependant, pour les raisons que je donnais plus haut, je finis par céder aux instances de la malade.

« Une opération à peu près identique à celle que je viens de décrire fut pratiquée le 30 avril. En voici le résultat : dès le lendemain, la malade s'aperçut que ses doigts n'étaient plus insensibles; elle y ressentait aussi quelques élancements douloureux. On put constater les jours suivants que la sensibilité à la douleur, au toucher et à la température était complètement rétablie. J'ai revu plusieurs fois ces deux malades depuis leur sortie de l'hôpital : le résultat s'est maintenu. »

Il est certain que ces faits sont en contradiction avec les données actuelles de la physiologie et de l'histologie.

Par quelle voie s'est rétablie l'innervation?

Il semble naturel de supposer que c'est par le rapprochement immédiat et la soudure rapide du bout central du nerf avec le bout périphérique, et je ne conçois pas, jusqu'à nouvel ordre, qu'il en puisse être autrement. Mais c'est impossible, dit M. Vulpian, car le bout périphérique du nerf, fatalement dégénéré, avait perdu toute propriété de transmission, ce que démontrent invariablement les expériences sur les animaux. M. Ranvier, qui a bien voulu examiner les portions de nerf retranchées pour l'avivement, dit à son tour : C'est impossible, puisque les tubes nerveux, agents de la transmision, ont disparu dans le bout périphérique et qu'on n'y trouve plus que du tissu fibreux.

Je m'empresse de m'incliner devant de semblables autorités, mais j'ajoute : Quelle que soit la théorie, il est indéniable que mes deux malades ont recouvré la sensibilité. C'est indéniable parce que ces faits ont été observés publiquement, dans un service d'hôpital, par un grand nombre de personnes compétentes; parce qu'ils ont été observés et contrôlés plutôt avec une forte prévention, aussi bien de ma part que de celle de mes élèves.

Nous n'avons donc pu nous tromper ni être trompés sur la réalité du fait en lui-même.

On en trouve d'ailleurs un certain nombre d'analogues dans une revue publiée par Wessenstein dans le *Centralblatt für Chirurgie*, 1884, n° 19, p. 304.

C'est à l'avenir qu'il appartient de les expliquer.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — M. le professeur Damaschino fera, aujourd'hui samedi 5 juillet, à 3 heures, dans le petit amphithéâtre de la Faculté, une leçon de démonstration sur les sujets traités pendant le cours de ce semestre (avec projections de photographies et de préparations micrographiques).

Hôpitaux de Paris. — Les deux nouveaux hôpitaux: 1° des Mariniers, récemment construit et destiné à recevoir, à un moment donné, 350 malades ; 2° des Tournelles, vont prochainement échanger leur nom pour ceux de Broussais et d'Andral.

Legs. — Mme la baronne Alquier, comme nous l'avons annoncé, vient de léguer par testament à l'administration de l'Assistance publique, à Paris, une somme de plus de cinq millions. Cette somme devra être affectée, d'après la volonté de la testatrice, à la fondation, à Paris, d'un établissement hospitalier qui porterait le nom de « Hospice Debrousse ».

Concours. — A la suite d'un brillant concours, M. le docteur Boursier (André) vient d'être nommé chirurgien des hôpitaux et hospices civils de Bordeaux.

Société nationale d'encouragement au bien. — La séance annuelle de la Société nationale d'encouragement au bien a eu lieu hier dimanche, 22 juin. Parmi les lauréats nous citerons les noms de MM. Pasteur, Henri et Alphonse Milne Edwards, membres de l'Institut, et de MM. les docteurs Dujardin-Beaumetz, Brame, Savoye, Caradec et Plonquet d'Aï.

Nécrologie. — Nous apprenons la mort du docteur Charles Laurent, ancien interne

des hôpitaux de Paris. Appartenant à une famille, très honorable de l'Alsace, Ch. Laurent venait de terminer brillamment ses études de médecine au moment où éclata la guerre de 1870, de funeste mémoire. Après avoir rempli dignement son devoir envers la patrie, dans la légion d'Alsace-Lorraine, à côté de ses deux frères, dont l'un est aujourd'hui un ingénieur distingué de l'Etat et dont l'autre occupe un poste élevé dans la magistrature française, Ch. Laurent alla s'établir dans son pays natal, à Mulhouse, où ses solides connaissances et l'aménité de son caractère lui valurent bientôt, avec l'estime de tous ses concitoyens, une brillante situation médicale. Il y a un an, une maladie cruelle l'obligea à renoncer, jeune encore, aux fatigues de sa profession. Il se retira auprès de sa sœur, à Altkirck, où il a succombé il y a quelques jours. Nous avons tenu à rendre un dernier hommage à la mémoire d'un confrère qui laisse d'unanimes regrets parmi ceux qui ont connu son dévouement. (*Gazette médicale.*)

Congrès d'hygiène industrielle de Rouen. — *Les samedi 26 et dimanche 27 juillet 1884.* — Afin de favoriser l'assistance au Congrès d'hygiène industrielle, l'Administration des chemins de fer de l'Ouest a décidé qu'à partir du vendredi 25 juillet, des billets, à destination de Rouen, seraient délivrés à prix réduit dans la plupart des gares de son réseau et seraient valables jusqu'au lundi soir 28.

PROGRAMME

§ Ier. — *Hygiène de l'Ouvrier dans l'Atelier.* — Amélioration de l'atmosphère des ateliers. — Précautions à prendre contre les variations de température, d'humidité. — Moyens nouveaux pour empêcher les accidents résultant des machines industrielles ou des substances employées dans l'industrie. — Modifications apportées, dans un but hygiénique, à certains procédés de fabrication. — Précautions contre la propagation de certaines maladies contagieuses, due aux modes d'opération. — Insalubrité de certaines industries nouvelles. — Travail de jour et de nuit. — Vêtement pendant le travail. — Eclairage, hygiène de la vue.

§ II. — *Hygiène de l'Ouvrier hors de l'Atelier.* — Habitations ouvrières. — Education, instruction, enseignement. — Alimentation.

Société de pharmacie de Lyon. — Dans sa séance du 7 juin, la Société de pharmacie de Lyon a décerné à M. Guérin, pharmacien supérieur, chef des travaux de chimie au laboratoire de la Faculté de Lyon, une médaille d'or pour sa thèse sur la *taurine.*

Et une médaille d'argent à M. Barberin, étudiant en pharmacie, pour son mémoire sur les *analyses sommaires pratiquées en pharmacie.*

La Société a mis au concours pour le prix des élèves les questions suivantes :

1° De la *vaselinc,* étude chimique et pharmaceutique ;

2° De l'*iodure de fer* et de ses préparations en pharmacie.

Les mémoires devront être adressés, avant le 1er décembre 1884, à M. Lambert, président de la Société, rue Romarin, 31, ou à M. Chappelle, secrétaire général de la Société, cours Morand, 5.

Restauration de l'Académie Joséphine, a Vienne. — Les journaux de Vienne nous apprennent que cette question continue à préoccuper le ministère de la guerre austro-hongrois. Une première commission purement militaire a d'abord étudié les voies et moyens de rétablir l'Ecole ; une seconde commission, beaucoup plus importante, vient de se réunir pour étudier l'ensemble de l'organisation (direction, plan d'études, création de laboratoires, etc.).

Elle se compose, sous la présidence du ministre de la guerre, de trois officiers généraux de cinq médecins militaire de haut grade, auxquels sont adjoints quelques membres civils : un représentant de l'instruction publique, le doyen de la Faculté de médecine, les professeurs Billroth et von Mundy, ainsi que le docteur Wittelshofer. Un médecin de régiment, le docteur Myrdacz, dont le nom est avantageusement connu, est chargé des fonctions de secrétaire.

La Commission a débuté par un vote solennel par lequel elle réclame, à l'unanimité des voix, moins une, la restauration de l'École. (*Lyon Médical.*)

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

De l'emploi de la résorcine dans le traitement de la diphthérie,

Observation lue à la Société de médecine de Paris dans la séance du 10 mai 1884,

Par M. Le Blond.

Il y a quelques mois je publiais, en collaboration avec mon excellent confrère Fissiaux, dans les *Annales de gynécologie* (janvier 1883), une note sur l'emploi de la résorcine dans le traitement du chancre mou chez la femme, et je faisais connaître les résultats remarquables que j'avais obtenus au moyen de cet agent antiseptique.

Pendant que je poursuivais mes expériences dans mon service de Saint-Lazare, une femme syphilitique fut atteinte de diphthérie pharyngée. Je pensai que peut-être la résorcine pouvait être utile en applications locales.

Voici la note qui m'a été remise par M. le docteur Fissiaux, qui assistait à ma visite et qui a suivi la malade.

Obs. I. — La nommée Marie R..., 17 ans, entra à Saint-Lazare le 8 septembre 1882 pour des accidents syphilitiques qui furent traités par des pilules de proto-iodure d'hydrargyre.

Le 23 novembre 1882, la malade se plaint de douleur en avalant et prétend qu'elle ressent cette douleur depuis deux jours. On trouve en arrière de l'angle du maxillaire inférieur gauche un ganglion du volume d'un petit œuf de poule avec empâtement du tissu cellulaire périganglionnaire. La pression sur cette masse y détermine une vive douleur.

L'examen de la cavité buccale permet de constater sur la face interne de chaque amygdale une membrane grisâtre adhérente occupant toute l'étendue de la face interne de chaque amygdale et faisant un léger relief sur le tissu voisin.

La malade est soumise à des badigeonnages faits avec une solution de résorcine dans la glycérine dans la proportion de 3 gr. p. 30 gr. de véhicule. Les badigeonnages sont répétés toutes les deux heures. On donne en même temps à l'intéressée 100 gr. de rhum et une alimentation légère, ainsi qu'une potion contenant 5 gr. de chlorate de potasse.

Le 24. — Les fausses membranes épaissies, constatées hier, sont tombées, mais on trouve à leur place une couche mince, de couleur opaline, recouvrant non seulement les amygdales, mais presque toute la face antérieure du voile du palais et une portion de la voûte palatine. Rien sur les piliers antérieurs du voile du palais. Temp. vag. 40°; pouls 116.

Le 25. — Temp. vag. 39,3; pouls 100. Le voile du palais s'est nettoyé, ainsi que l'amygdale gauche, mais celle de droite est encore recouverte d'une fausse membrane mince à teinte opaline. Le ganglion a considérablement diminué.

Le 26. — Temp. vag. 39; pouls 100. Les amygdales ne présentent plus de trace de fausse membrane, elles sont encore rouges et un peu tuméfiées. La masse ganglionnaire a complètement disparu.

Le 11 décembre. — La malade, ne présentant plus d'accidents syphilitiques, quitte l'hôpital. . . . .

Voici la seconde observation que nous avons eu l'occasion de recueillir :

Obs. II. — T..., demeurant 80, rue de Cléry, est âgé de 4 ans. Le 11 novembre 1883, cet enfant est amené à ma consultation. Je le trouve abattu, avec une fièvre assez marquée; pouls 130. Il existe un ganglion volumineux à droite en arrière de l'angle du maxillaire, et l'examen du pharynx décèle une fausse membrane grisâtre, adhérente, tapissant la face interne des deux amygdales.

Le début de la maladie remonte à quelques jours, car la mère me dit que l'enfant a perdu sa gaîté depuis deux à trois jours, et qu'elle a constaté l'existence du ganglion avant-hier.

Traitement : Chlorate de potassse. . . . . 4 grammes.
— Eau distillée. . . . . 130 —

Une cuillerée à dessert toutes les deux heures, et toutes les heures au moins badigeonnage du pharynx avec un pinceau imbibé de la solution suivante :

Glycérine	30 grammes.
Résorcine	3 —
Mêlez.	

Le 12. — Les fausses membranes ne se sont pas étendues, le ganglion persiste, les fausses membranes semblent moins épaisses. Pouls 120. Même traitement.

Le 13. — Quelques points des amygdales sont dépourvus de fausses membranes. Le ganglion est moins volumineux. Pouls 100.

Le 14. — Les amygdales sont nettoyées en grande partie ; le ganglion est à peine perceptible ; l'enfant est gai, il demande à manger.

Le 15. — Les amygdales ne présentent plus de traces de fausses membranes ; elles sont encore un peu rouges, volumineuses. Le ganglion a reparu.

Le fait suivant, que nous allons maintenant vous faire connaître, me paraît démontrer d'une façon précise l'action efficace de la résorcine sur la membrane diphthéritique.

Obs. III. — Il s'agit d'un enfant atteint de croup, auquel je pratiquai la trachéotomie et que j'ai soigné avec mes confrères Delthil (de Nogent) et Belhomme. Le malade fut soumis au traitement récemment préconisé par le docteur Delthil et qui consiste, comme vous le savez, à produire dans la chambre du malade une fumée intense obtenue par la combustion d'un mélange de goudron de gaz et d'essence de térébenthine.

L'enfant, trachéotomisé le 22 avril dernier, fut pris, le 24, d'une rougeur érysipélateuse autour de l'ouverture de la trachée, avec gonflement œdémateux.

Le 25 avril.— On constate, autour de l'ouverture trachéale, une fausse membrane lardacée, grisâtre, de 2 à 3 centimètres d'étendue ; on pratique toutes les heures, sur cette fausse membrane, un badigeonnage avec la solution suivante :

Glycérine.	30 gr.
Résorcine.	2 —

Le 26. — On continue les badigeonnages, et l'on constate que les plaques se flétrissent, qu'elles se dessèchent, et qu'en tout cas, elles ne sont pas étendues.

Le 27. — Les croûtes formées par les plaques diphthéritiques desséchées sont tombées, la rougeur et l'œdème du tissu cellulaire ont notablement diminué.

Les jours suivants, l'état général devient moins bon, l'enfant est sujet à des syncopes, et c'est dans l'une de ces dernières qu'il succombe le dixième jour après la trachéotomie, et alors qu'il n'existait plus de trace de diphthérie.

Obs. IV. — La sœur du jeune malade dont nous venons de raconter l'histoire, Mme W..., âgée de 18 ans, fut prise, le 30 avril 1884, d'une légère douleur en avalant, s'accompagnant d'un peu de rougeur des amygdales.

Le 1er mai, on constate sur l'amygdale droite cinq à six points blanchâtres de la grosseur d'une tête d'épingle. En même temps, on constate un léger engorgement ganglionnaire en arrière de l'angle du maxillaire du même côté. Pouls, 90.

On badigeonne toutes les heures les amygdales avec une solution de résorcine dans la glycérine, dans la proportion de 4 p. 30. On donne en même temps la solution suivante :

Eau dist.	100 gr.
Chlorate de potasse.	5 —.

Le 2. — Les cinq points signalés hier se sont réunis pour former une plaque membraneuse grisâtre, peu épaisse, occupant toute la face interne de l'amygdale ; autour de la membrane, on constate un liséré rouge. L'amygdale gauche présente ausssi deux points blanchâtres. Pouls, 100.

Le 3. — La membrane diphthéritique s'est étendue quelque peu ; elle a envahi la luette, qu'elle occupe en partie, mais elle est peu épaisse et n'a pas l'aspect lardacé que l'on constate si souvent. L'engorgement ganglionnaire n'augmente pas. L'amygdale gauche est occupée en partie par une plaque diphthéritique présentant le même aspect que celle du côté opposé. Pouls, 104.

Le 4. — Je cesse de voir la malade, un confrère ayant été appelé hier soir pendant mon absence, et s'étant emparé de la malade.

J'ai su que le traitement institué avait consisté en applications de perchlorure de fer, et que la malade avait d'ailleurs guéri rapidement.

Tels sont les faits que nous avons eu l'occasion d'observer. Devons-nous en tirer quelque conclusion? Nous ne l'osons pas, eu égard au nombre trop limité de faits que nous possédons.

La résorcine que nous avons employée est un corps cristallisé, ressemblant quelque peu au sulfate de quinine. Cette substance découverte en 1860 est obtenue en faisant agir la potasse en fusion sur une gomme résine : assa fœtida, galbanum, gomme ammoniaque.

La résorcine jouit de propriétés antiseptiques analogues à celles de l'acide phénique ; 1 partie pour 100 de cette substance arrête la fermentation et la putréfaction. Elle n'est pas caustique et peu toxique. Elle peut être administrée à l'intérieur à des doses relativement élevées. Je l'administre journellement dans la syphilis à des doses variant de 6, 8, et jusqu'à 10 grammes dans les 24 heures. L'élimination de cette substance se fait très rapidement par la voie urinaire comme l'atteste la couleur foncée que prend l'urine dans les quelques heures qui suivent son administration.

Permettez-moi maintenant d'insister sur les particularités du traitement qui me semblent avoir de l'importance.

D'abord nous insisterons sur la fréquence des badigeonnages, nous les faisons répéter en général toutes les heures, jour et nuit, et plus souvent même dans la journée. La nuit, nous profitons de chaque réveil du malade pour faire l'application topique et même nous n'hésitons pas à provoquer le réveil deux ou trois fois dans la nuit.

De plus, nous avons administré simultanément le chlorate de potasse à la dose de 4 à 5 grammes suivant l'âge des malades. Le chlorate de potasse est éliminé, comme vous le savez, en grande partie par les glandes de la bouche. Ce médicament nous paraît donc être un adjuvant très utile de la médication.

Mais, dira-t-on, est-ce au chlorate de potasse ou à la résorcine qu'il faut attribuer l'effet curatif, nous ne le savons au juste ; mais ce que nous pouvons dire, d'après l'expérience du passé, c'est que le chlorate de potasse seul ne guérit pas la diphthérie.

D'un autre côté la résorcine agit très certainement sur l'état général du malade et empêche l'intoxication comme le prouvent la disparition rapide des ganglions et la chute du pouls.

REVUE DES JOURNAUX

Hypertrophie congénitale d'une moitié de la face, par F. Ziehl. — L'enfant de 4 ans, à l'époque où il a été observé, à Heidelberg, n'a pas d'antécédents héréditaires, il est venu à terme. Sa mère eut une grosse frayeur quelques semaines avant la naissance. Il s'est développé lentement, a eu des convulsions atteignant plus particulièrement la moitié gauche du corps. Le crâne est développé, mais symétrique ; il y a de la myopie à droite, emmétropie à gauche. Le pavillon de l'oreille droite est près de deux fois plus développé qu'à gauche. Sur le front, au cou, sur l'oreille droite siègent quelques taches de nœvus. A l'exception des rebords alvéolaires, le squelette n'est pas hypertrophié, mais la joue, le menton, l'amygdale, à droite, sont démesurément développés. La moitié droite de la langue paraît constituer tout l'organe, tant la moitié gauche est réduite à un petit volume comparativement. La salive est très abondante. L'enfant ne peut pas parler. (*Virchow's Arch.*, 1883, nº 1.) — R. L.

Tumeur du médiastin, par Paul Libarius (de Kronstadt). — Quartier-maître de la marine, de 34 ans, d'une assez bonne santé antérieure, père de trois enfants bien portants. Avoue certains excès alcooliques. Il a eu la fièvre intermittente, et en 1881 souffrit d'une légère contusion cérébrale. Il a présenté successivement de la céphalée, des douleurs thoraciques et de l'épaule droite, puis de l'articulation tibio-tarsienne, celles-ci pouvant être rattachées au rhumatisme, et dont le salicylate de soude parut triompher. Néanmoins, affaiblissement progressif, dyspnée, toux, vomissements, râles humides aux deux poumons, cyanose de la face. La matité cardiaque n'est que légèrement augmentée en largeur. La pointe bat faiblement dans le cinquième espace intercostal. Bruits faibles, souffle systolique, appréciable surtout au foyer aortique. Pouls petit, irrégulier, foie un peu hypertrophié, rate normale. Urine rare, foncée, albumineuse. La digitale rendit de la force au pouls. Mais on ne tarda pas à observer l'œdème de la jambe gauche, l'aggravation de la dyspnée, l'augmentation de la matité

cardiaque, atteignant l'aisselle gauche, enfin la généralisation de l'œdème, l'ictère, le délire, toujours sans phénomènes d'auscultation bien significatifs, enfin la mort.

A l'autopsie, on trouvait une tumeur de la grosseur d'une tête d'adulte, noueuse, violacée, occupant toute la partie gauche de la cavité péricardique, d'ailleurs perforée. Cœur refoulé à droite avec ses cavités gauches presque effacées : *sarcome globo-cellulaire télangiectasique.* Le diagnostic avait erré, durant la vie, entre le rétrécissement aortique, la péricardite chronique, la dilatation cardiaque et la pleurésie enkystée. (*Virchow's Arch.*, 1883, n° 3.) — R. L.

Myélite alcoolique, par Fischer. — L'auteur a observé deux faits qui lui paraissent différer assez de ceux mentionnés par Luss, Leudet, Wilks, Westphal, et se rapprocher eux-mêmes assez intimement pour l'autoriser à admettre une forme de myélite spéciale aux alcooliques. Cette conclusion est peut-être prématurée, mais les deux observations présentent un certain intérêt.

Il s'agit de deux alcooliques convaincus, à la tête faible, indemnes de syphilis et de toute tare héréditaire; grands fumeurs et très inactifs. Parésie de tous les muscles d'innervation médullaire; atrophie musculaire; diminution ou augmentation de l'excitabilité électrique; résistance et sensibilité des masses musculaires parésiées; perte du réflexe rotulien; diminution des réflexes cutanés; ataxie du mouvement notoire; paresthésie commençante; diminution de la sensibilité au tact; retard à la douleur.

En même temps, mouvements de fièvre; symptômes gastriques; accélération des battements du cœur; un peu d'asthénie cardiaque. Pas de douleurs lancinantes; pas de douleurs en ceinture; pupilles normales; pas de symptômes psychiques particuliers. L'un des cas a guéri; l'autre est en voie d'amélioration.

Il s'agissait, pour l'auteur, d'une myélite diffuse subaiguë de la substance grise, touchant probablement en certains points la partie antérieure des zones radiculaires postérieures. (*Arch. für Psych.*, XIII, 1882, n° 1.) — R. L.

Fréquence de la polyurie dans la convalescence de la fièvre typhoïde, par Spitz. — L'éveil fut donné à l'auteur par un convalescent de fièvre typhoïde grave (hémorrhagies intestinales, décubitus, gangrène du prépuce) qui urinait jusqu'à six et huit litres par jour. Faisant porter ses recherches sur tous ses convalescents de fièvre typhoïde, il constata à son grand étonnement que la polyurie était constante, et quelquefois à un haut degré, dans la moitié des cas environ; en particulier, à la suite des atteintes les plus graves. L'urine est d'ailleurs jaune clair, transparente, sans sucre ni albumine, ni dépôt particulier. Son poids spécifique est en raison inverse de la quantité émise; la proportion des substances fixes est augmentée.

Accident contemporain du stade des grandes oscillations thermiques, se poursuivant jusqu'à la cinquième ou sixième semaine de la convalescence, la polyurie post-typhoïde paraît être d'une bonne signification pronostique. (*Deut. med. Woch.*, 1882, n° 8.) R. L.

Le traitement de la leucorrhée par l'Achillea millefolium, par Looff. — Cette plante est un remède populaire que M. Looff a essayé avec succès contre la leucorrhée des enfants et des adultes. Ses malades étaient âgées de 7 à 15 ans, de 15 à 20 ans et de 20 à 30 ans et il employait l'infusion des sommités fleuries. Il ne faut pas oublier que les feuilles et les fleurs de l'Achillée millefeuille ont des propriétés toniques et stimulantes et qu'on en a retiré des avantages contre l'atonie des organes digestifs, les hémorrhagies hémorrhoïdales et utérines, la dysménorrhée, les pâles couleurs et la chlorose. Rouzier Joly employait comme emménagogue une décoction de 10 grammes de ses sommités dans 500 grammes d'eau.

Thomel et Hufeland employaient comme un antispasmodique une infusion de 20 à 30 grammes de ses sommités pour un litre d'eau. Enfin, Zanoni et Planta ont pu en extraire un alcaloïde, l'achilléine, qu'on a employé avec succès contre la fièvre intermittente. (*Vratch.*, 1884, II, p. 26, et *The L. med. Record*, 15 avril 1884.) — C. L. D.

De l'emploi prolongé du jaborandi dans le traitement de la maladie de Bright, par le docteur O. Brien. — Employée à petites doses et pendant longtemps, cette substance donnerait, d'après l'auteur, de bons résultats dans le traitement de diverses albuminuries brightiques. A cet effet, il l'administrait avec la noix vomique, et son efficacité ne s'expliquait pas seulement par ses propriétés sialagogues et diaphorétiques. M. O. Brien l'attribue à de telles modifications du tissu rénal que les tubuli se débarrasseraient des produits inflammatoires qui les obstruent. (*New-York med. Record*, 1884.) — C. L. D.

Sociétés médicales des départements

Les travaux de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux pendant le premier trimestre de 1884.

Parmi les questions d'hygiène qui, pendant ce trimestre, ont été discutées par cette Société, la plus importante était celle de l'*importation des viandes salées d'Amérique.* Le commerce bordelais y est intéressé directement et l'hygiène de la ville se trouve en cause, puisque la consommation de ces viandes par la population ouvrière y est considérable. MM. Dupuy, Layet, Verdalle ont fait valoir des raisons nombreuses en faveur de la levée de l'interdiction et adopter par leurs collègues un vœu aux pouvoirs publics pour demander la levée du décret de prohibition. Ces arguments sont ceux que l'Académie donnaient alors en réponse aux demandes du ministre du commerce.

Le 18 janvier, M. Vénot a lu une note sur *un cas de menstruation précoce chez une petite fille de 4 ans*, originaire du département de la Gironde, et M. Boursier, une *observation d'anévrysme poplité guéri par la compression indirecte* au moyen du compresseur de J.-L. Petit. Au lieu de pratiquer avec le doigt la compression complète et intermittente dans le triangle de Scarpa, ce chirurgien estimé a préféré faire usage d'une compression mécanique, incomplète et permanente, en choisissant la poplitée comme lieu d'élection pour éviter la douleur.

Dans la séance du 29 février, M. Badal présentait une petite fille atteinte d'un *anévrysme artério-veineux du fond de l'orbite* consécutif à un traumatisme de l'angle interne de l'œil et, à ce propos, exposait les caractères différentiels entre cet anévrysme et la phlébite simple des veines de l'orbite. Ici, analogie à noter, la cause du traumatisme était un coup d'ombrelle, comme chez ce jeune étudiant en droit dont Nélaton a publié l'histoire, et qui avait reçu un coup de parapluie.

Une très intéressante étude de M. Régis a occupé la séance du 1er février. Elle avai pour sujet : *La folie sympathique liée aux processus physiologiques et pathologiques des organes de la génération*, c'est-à-dire les folies menstruelles, la folie de la ménopause, la folie dans les affections utérines. Mais, comme l'a montré ce distingué aliéniste, le rôle pathogène de ces processus ne suffit pas, en l'absence d'antécédents héréditaires, pour expliquer les troubles psychiques. Les malades sont donc des descendants de nerveux et, de plus, dans 90 ou 95 cas sur 100, leur folie a la forme lypémaniaque. M. Azam avait déjà remarqué d'ailleurs que la folie génitale est en général de forme dépressive.

Une communication de M. Demons sur l'*imperforation du vagin* a été l'origine d'un échange de remarques entre MM. Dudon, Lanelongue, Troquart, Betbeder et Segay. Il s'agissait d'un cas dans lequel l'utérus manquait et où le vagin se réduisait à une cavité triangulaire, profonde de 6 centimètres entre le rectum et la vessie. La famille de la jeune fille réclamait une opération qui fut faite avec succès, mais sans utilité pratique, puisqu'il n'existait pas d'utérus. De là, l'origine du débat sur l'opportunité de telles opérations au point de vue déontologique. M'est avis, cependant, que M. Demons avait raison de par l'humanité, de se mettre en dehors de prétendues considérations morales ou religieuses, puisque l'opération était réclamée par la malade, déjà moralement affectée de ce vice de conformation.

Au nom de M. Papon (de Langon), M. Davezac a fait, le 15 février, une communication *Sur le traitement des hernies étranglées par des injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine.* Le procédé de l'auteur consiste à injecter la morphine à haute dose d'emblée, et non pas, comme on l'a souvent fait, à l'administrer successivement par petites quantités répétées plusieurs fois dans les vingt-quatre heures. Toutefois, comme le remarquent MM. Demons et Lanelongue, il ne faut pas ériger ce procédé en méthode définitive, et mettre de côté la règle établie par M. le professeur Gosselin, de ne jamais abandonner une hernie sans que la réduction soit obtenue par le taxis ou par l'opération. Sous ces réserves, on admettra, avec M. Davezac, l'utilité des injections de morphine au début des hernies inguinales anciennes et sans perte d'un temps précieux.

On peut aussi, avec M. Papon, attribuer à la morphine la réduction de la hernie inguinale droite dont il a été témoin, après deux injections de trois centigrammes, à quelques instants d'intervalle.

M. Davezac, dans la séance du 22 février, a déclaré avoir obtenu un succès semblable, de sorte que cette observation confirme, par ses résultats, celles du médecin de Langon.

Enfin, dans la séance du 28 mars, M. Peyraud (de Libourne), a présenté un enfant guéri d'une *plaie du cerveau avec perte de substance du frontal.* Il avait été pris de convulsions épileptiformes au moment de l'ablation des esquilles, mais ces mouvements ne se sont pas reproduits. De plus, l'état intellectuel de l'enfant ne paraît pas avoir été modifié ni par ce grave traumatisme, ni par la perte de substance qui en était la conséquence. D'ailleurs, deux faits, que signale M. Demons, prouvent que les cas de ce genre, quel que soit leur intérêt, ne sont pas excessivement rares.

Dans la même séance, M. Peyraud a fait connaître sa *nouvelle méthode d'anesthésie par le chloroforme,* qui consiste à donner ce liquide peu à peu, en se réglant sur les inspirations, et en faisant tomber de une à trois gouttes par inspiration. Elle offrirait l'avantage de provoquer une anesthésie douce, sans période d'agitation et d'une sécurité absolue. On fait d'abord inhaler une seule goutte par inspiration, et ensuite on en augmente le nombre jusqu'à trois, quand la tolérance est obtenue.

Malgré ces avantages, cette méthode ne paraît pas avoir les suffrages des chirurgiens de Bordeaux. MM. Lanelongue, Hirigoyen, Segay, Armaignac et Troquart la considèrent comme longue et insuffisante. M. Demons, qui en a fait l'essai, en suivant exactement la technique de l'auteur, est aussi du même avis, et, d'après les faits signalés, « doute que l'anesthésie soit complète. » Ce serait passer condamnation sur ce procédé, qui n'en témoigne pas moins de l'esprit de recherche et d'ingéniosité de son inventeur.

C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Séance du 28 novembre 1883. — Présidence de M. Finot.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu, mis aux voix et adopté.

La correspondance manuscrite comprend deux lettres de candidature au titre de membre titulaire adressées par les docteurs Rœser et Leblond.

La correspondance imprimée comprend : une note de l'Association française pour l'avancement des sciences (informations et documents divers) ; cinq numéros de la *Revue médicale française et étrangère*; le *Bulletin médical du Nord;* deux numéros du *Journal médical quotidien* et le *Bulletin de la clinique ophthalmologique de l'hospice des Quinze-Vingts,* par M. Fieuzal.

M. Huchard fait hommage à la Société d'une brochure intitulée : *Traitement et curabilité des angines de poitrine* et d'un travail intitulé : *Des angines de poitrine.*

A propos du traitement préconisé par M. Huchard, M. Juliard émet des doutes sur l'avenir thérapeutique du nitrite d'amyle éminemment altérable.

M. Huchard répond que cet agent, qui s'altère en effet rapidement, restera à cause des immenses services qu'il est destiné à rendre. Il ajoute que le nitrite d'amyle devrait être employé pour combattre l'anémie cérébrale du sommeil chloroformique.

La parole est à M. Dehenne pour sa communication sur le traitement de la kératite chronique interstitielle par l'iridectomie. (Voir *Union méd.*, déc. 1883.)

M. Chauveau donne lecture du mémoire suivant :

Sur le rhumatisme dentaire.

Sous l'influence de la diathèse arthritique, la membrane fibreuse alvéolo-dentaire est susceptible de devenir le siège d'accidents inflammatoires analogues à ceux qu'on observe dans les autres tissus de même ordre, et que nous rangeons dans la classe des accidents rhumatismaux.

Ce fait qui n'a pas encore, croyons-nous, été signalé, et mérite cependant d'attirer l'attention des médecins, n'a rien qui doive nous surprendre si nous réfléchissons à la constitution de la membrane alvéolaire. Aussi nous paraît-il bon d'en faire une courte description.

Anatomie normale et physiologie de la membrane fibreuse alvéolo-dentaire. — La racine

de toute dent, temporaire ou permanente, est enveloppée d'une membrane mince et blanchâtre à l'état sain, à laquelle on a donné les différents noms de *membrane alvéolaire, alvéolo-dentaire, péridentaire* et de *périoste dentaire.* Par sa face interne, elle adhère solidement à la racine, et, par sa face externe, elle tapisse la face interne de la cavité alvéolaire. Elle s'étend du collet de la dent à son sommet, se continuant d'une part avec la gencive et le périoste maxillaire, d'autre part avec l'enveloppe du faisceau vasculo-nerveux jusque dans le canal dentaire avec le périoste duquel elle se confond.

Elle est constituée par du tissu cellulaire dont les éléments sont peu développés : matière amorphe et éléments embryonnaires en grande quantité, corps étoilés, et quelques rares fibres lamineuses arrivées à leur développement complet. De nombreux capillaires et des fibres neuveuses sont répandus dans toute cette membrane.

Ce qui la distingue du périoste osseux proprement dit, c'est l'absence de fibres élastiques et l'état de développement imparfait des éléments fibreux.

Au point de vue embryogénique, la fibreuse alvéolo-dentaire résulte de la transformation du sac folliculaire en membrane d'enveloppe radiculaire. Lorsque la dent brise le sac dans lequel elle a pris naissance et commence son éruption, la paroi folliculaire déchirée contracte avec la gencive et le périoste maxillaire des adhérences qui resteront définitives (1).

Au point de vue physiologique, le périoste dentaire remplit vis-à-vis des parties qu'il enveloppe un double rôle.

1° Il assure la circulation vasculaire entre la paroi alvéolaire et le cément dans l'opération de la réimplantation, comme dans toutes les variétés de greffe dentaire, il constitue le seul agent de cicatrisation car c'est par son intermédiaire que se rétablissent les communications vasculaires (2).

2° Il unit la dent au maxillaire remplissant ainsi le rôle d'un ligament intra-articulaire, et c'est à sa solidité qu'il faut attribuer toute la résistance qu'on éprouve dans l'extraction des dents.

Historique. — L'affection qui nous occupe a déjà été étudiée dans l'une de ses formes les plus saillantes, la forme chronique progressive. Mais si divers auteurs en ont fait un tableau clinique exact, si M. Magitot, entre autres, en a présenté une excellente étude anatomique, nous croyons que personne n'a encore vu la relation intime qui existe entre cette affection et l'arthritisme, et ne l'a considérée comme une simple manifestation rhumatismale justiciable des mêmes traitements généraux et locaux que toute autre manifestation du même ordre.

N'ayant étudié, comme je viens de le dire, que la forme chronique progressive, les auteurs lui ont donné différents noms tirés de l'un de ses caractères dominants : Jourdain l'appelle la *suppuration conjointe des alvéoles et des gencives;* Toirac, *pyorrhée inter-alvéolo-dentaire,* et Marchal (de Calvi) fit, en 1861, à l'Académie des sciences, une communication dans laquelle, considérant cette maladie comme une affection spéciale du tissu gingival, il lui donne le nom de *gingivite expulsive.* Enfin, M. Magitot, ne s'en tenant qu'aux caractères anatomo-pathologiques, et considérant qu'elle détermine la destruction de la membrane périostale et de la couche de cément qui lui est sous-jacente, la désigne sous le nom d'*ostéo-périostite alvéolo-dentaire* (3). Cette dénomination n'a rien de compromettant, car toute périostite chronique amène la destruction du périoste et du cément et, quelle que soit sa cause, aurait droit au même nom; de plus, elle ne nous renseigne pas sur l'étiologie et la nature spéciale de la maladie.

Enfin, nous ferons remarquer que l'affection désignée sous les noms de *gingivite expulsive, pyorrhée inter-alvéolo-dentaire, ostéo-périostite alvéolo-dentaire,* n'étant qu'une forme d'une affection bien plus générale, ne doit pas être considérée comme une entité morbide, ni traitée comme telle.

De même la dénudation des racines, connue vulgairement sous le nom de *déchaussement des dents,* ne doit pas être considérée comme une maladie à part, ayant droit à une dénomination spéciale, car elle ne constitue qu'une lésion déterminée par la périostite rhumatismale, et rentre par conséquent dans l'anatomie pathologique de cette affection.

(1) *Recherches sur l'évolution du follicule dentaire chez les mammifères,* par Ch. Legros et E. Magitot (*Journal d'anatomie et de physiologie* de MM. Robin et Pouchet, 1873-1879-1881).

(2) Parfois aussi les communications nerveuses elles-mêmes semblent se rétablir, et peut-être pourrons-nous un jour présenter des cas de ce genre qui ne seraient pas les moins curieux exemples de restauration des nerfs.

(3) Magitot, Mémoire sur *l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire;* 1867.

Étiologie. — Les manifestations dentaires de l'arthritisme se produisent dans les mêmes conditions et sous l'influence des mêmes causes que les autres manifestations articulaires ou viscérales. L'hérédité est presque toujours observée; le froid, principalement le froid humide, en est souvent une cause déterminante. J'ai eu des malades qui, à la suite d'un refroidissement brusque, ont été pris de douleurs articulaires et, simultanément, de rhumatisme dentaire; beaucoup sentent combien le séjour, quelquefois même le passage en un lieu humide leur est préjudiciable : ils s'enrhument et souffrent des dents; si bien qu'ils éprouvent le besoin de se couvrir chaudement toute la tête, principalement les mâchoires, comme d'autres s'enveloppent de flanelle les articulations des membres. Certains malades, atteints en même temps de rhumatisme progressif des extrémités, reconnaissent que leurs dents et leurs mains subissent les influences atmosphériques d'une façon également sensible. M. Magitot cite l'observation d'une dame qui ne souffrait que l'hiver, l'été les accidents cessaient presque complètement. Une autre personne citée par le même auteur, et dont les dents commençaient à s'ébranler, étant allée faire une saison à Bagnères-de-Luchon pour des douleurs articulaires, vit ses dents se consolider sous l'influence de ce seul traitement thermo-sulfureux. Nous ne possédons pas encore d'observations sur l'influence du climat, mais il est bien probable qu'il joue le même rôle que dans toutes les autres manifestations rhumatismales. Dans un séjour que j'ai fait à l'île Maurice, où le rhumatisme et la goutte atteignent pour ainsi dire toutes les familles, j'ai pu constater l'extrême fréquence de cette affection.

Le sexe paraît être sans influence, car, dans notre clientèle, nous donnons nos soins à un aussi grand nombre de personnes d'un sexe que de l'autre.

Les habitants des villes y semblent exposés autant que ceux des campagnes.

Les gens de toute condition peuvent être atteints.

On peut l'observer à tout âge; mais, dans l'enfance, elle est rare, et n'affecte alors que les formes aiguë ou subaiguë. C'est de 30 à 50 ans que le rhumatisme dentaire chronique progressif s'observe le plus fréquemment; et nous verrons que, dans sa marche, il procède, suivant l'âge, comme le rhumatisme articulaire. La grossesse, l'allaitement, la ménopause semblent en être des causes déterminantes. Fréquemment éclatent en même temps d'autres manifestations de l'arthritisme soit cutanées (urticaire, érythème papuleux, couperose), soit muqueuses (herpès buccal et labial, coryza, angine, laryngite, gastralgie). Dans un cas, chez une jeune fille de 18 ans, le début de la maladie, qui n'a pendant sa durée affecté que la forme subaiguë, avait coïncidé avec l'apparition d'accès d'asthme essentiel dont les relations avec la goutte et le rhumatisme sont bien connues. M. Magitot avait considéré le diabète et l'albuminurie comme les causes les plus fréquentes de l'affection. Il dit même que, dans la glycosurie, ce phénomène est absolument constant et en est l'un des signes primordiaux. De nombreuses analyses nous ont montré que c'était là une erreur. Le diabète peut exister en même temps que le rhumatisme dentaire, mais les deux affections dépendent bien plutôt de la même cause générale qu'elles ne dépendent l'une de l'autre. Du reste, M. Magitot est en partie revenu sur cette opinion; il est probable que ses analyses faites il y a une vingtaine d'années n'étaient pas exactes; les dépôts d'acide urique qui réduisent la liqueur cupro-potassique n'étaient sans doute pas éliminés préalablement avec un soin suffisant.

Anatomie pathologique. — Dans la forme aiguë ou subaiguë, le périoste dentaire est seul atteint. Si la dent est alors enlevée, on observe l'injection des vaisseaux capillaires, injection soit totale, soit limitée à l'une des faces en totalité ou en partie; au-dessous, le cément est intact.

Mais dans la forme chronique, les désordres ne se limitent pas au périoste : ils atteignent la dent elle-même, c'est-à-dire le cément, quelquefois même l'ivoire, et les parties voisines, c'est-à-dire la cavité alvéolaire et la gencive.

Un pus habituellement jaune pâle commence à se former; son apparition marque le début de la forme chronique progressive. Dans ces cas, le périoste, injecté par plaques irrégulières ou dans toute son étendue, est notablement épaissi, décollé sur les points atteints depuis un certain temps, détruit sur les points les plus anciens.

Ce qu'il y a de remarquable dans ce processus et qui le distingue tout à fait de la périostite ordinaire qui débute toujours par le sommet, c'est d'abord le point de départ qui est toujours aux environs du collet, au voisinage de la gencive; d'autre part, c'est sa tendance à se fixer sur une partie seulement de la dent, sur une seule racine des dents multi-radiculaires, quelquefois même sur une seule face de cette racine, comme on le voit fréquemment pour la face antérieure des incisives inférieures et pour la face interne de la racine palatine des molaires supérieures.

Le cément ne tarde pas à subir les altérations consécutives à l'inflammation chronique de sa membrane d'enveloppe. Il est frappé d'ostéite, puis de nécrose, et, en certaines parties, il disparaît complètement.

Les parois alvéolaires sont atteintes comme le cément, et quelquefois même sont détruites avant lui.

La gencive, qui est en continuité de tissu avec le périoste alvéolaire, prend part, dès le début, à son inflammation; de là la gingivite qui appelle souvent l'attention avant l'apparition de la suppuration, et que Marchal (de Calvi) avait prise pour la maladie principale, tandis qu'elle n'est qu'un accident de voisinage.

Les progrès de l'ostéite et de la nécrose des bords alvéolaires amènent la production d'abcès et de trajets fistuleux se formant sur l'une ou l'autre face des bords maxillaires. Puis, la destruction augmentant, amène la résorption complète de la paroi alvéolaire et de la gencive qui la recouvre. La racine apparaît alors, dénudée dans une partie ou la totalité de sa hauteur; elle est « déchaussée », comme on dit en langage de dentiste.

Nous ferons remarquer que la résorption des bords alvéolaires marche quelquefois avec une extrême lenteur, et peut alors ne pas s'accompagner de suppuration apparente. C'est pourquoi M. Magitot, qui considère l'apparition du pus comme le signe caractéristique de l'ostéo-périostite, fait du « déchaussement » des dents une lésion spéciale qu'il doit rattacher à une autre affection, mais qu'il ne nous a jamais indiquée.

L'examen microscopique montre les éléments plus ou moins altérés des parties atteintes, c'est-à-dire des lambeaux de périoste à l'état de trame fibreuse, épaissie, pénétrée de pus, et des ostéoplastes irréguliers provenant des éléments osseux détruits.

Des masses fongueuses se développent souvent dans la cavité alvéolaire; elles ont pour point de départ le périoste, et principalement la partie qui se continue sur le faisceau vasculo-nerveux à son entrée dans le canal dentaire.

Habituellement la dent qui, presque toujours, dans cette affection, est remarquable par sa beauté, ne subit pas d'altération dans ses autres parties; et les malades ont le chagrin de perdre des dents qui leur paraissent absolument intactes, parce qu'ils ne considèrent que la couronne habituellement exempte de toute trace de carie. Quelquefois cependant, la pulpe, étranglée par les fongosités développées sur le faisceau vasculo-nerveux, se grangrène, de petites hémorrhagies pulpaires se produisent, et l'on voit la dent prendre une teinte d'abord rosée, puis grise, et enfin noirâtre. Cette modification de la couleur est due à la pénétration, dans les canicules de l'ivoire, des éléments détruits du sang : les globules rouges conservant pendant quelques jours leur coloration normale, puis l'hémoglobine se décomposant et donnant lieu aux granulations noires d'hématosine.

On doit enfin considérer comme une complication l'inflammation gingivale, certaines caries du collet qui se forment dans le cours de cette maladie.

Symptômes. — La forme aiguë s'annonce par une douleur extrêmement vive au moindre contact, avec une légère saillie de la dent rendant très douloureuse la rencontre des deux arcades dentaires. Il n'y a ni rougeur de la gencive, ni suppuration alvéolaire.

La forme subaiguë ne détermine pas de douleurs vives, mais plutôt une gêne, une tension désagréable que le malade attribue à une inflammation de la gencive, et qui l'engage à presser fortement les dents, à passer entre elles quelque instrument, à faire saigner les gencives. Celles-ci, en effet, prennent bientôt part à l'inflammation alvéolaire, et, sur leur bord libre, apparaît un petit liséré rougeâtre de quelques millimètres de hauteur.

Le début de la forme chronique progressive est marqué par l'apparition de l'écoulement purulent; aussi l'expression de rhumatisme, dans son sens étiologique et tel que l'entendaient les anciens, lui convient-il parfaitement et mieux que toute autre dénomination. Dans les cas où l'inflammation est violente, la simple pression des lèvres ou de la langue suffit pour chasser de l'alvéole une quantité notable de pus; mais habituellement il faut presser avec le doigt sur la gencive pour amener au collet de la dent une gouttelette, quelquefois une grosse goutte de pus jaune pâle.

Bientôt les lésions intra-alvéolaires déterminent un déplacement de la dent qui frappe habituellement l'attention des malades : ils remarquent qu'une ou plusieurs dents changent de position, soit verticalement, soit latéralement ou bien encore sur l'axe même. Chassées de leurs alvéoles ou déplacées par une pression sur l'une des faces de leurs racines, les dents y obéissent suivant les résistances qu'elles rencontrent autour d'elles; de là les positions nouvelles qu'elles sont obligées de prendre. La gingivite se propage dans le sens vertical, c'est-à-dire dans le même sens que l'inflammation du périoste qui marche, nous l'avons vu, du collet au sommet de la racine. Elle peut devenir assez in-

tense pour donner lieu à des productions molles, violacées, saignantes qui entourent le collet des dents malades et les signalent immédiatement à l'attention.

La température de la bouche s'élève au niveau de ce foyer inflammatoire. L'état habituel n'est pas douloureux, mais les poussées inflammatoires qui se produisent de temps à autre provoquent des douleurs permanentes exaspérées par la pression et assez vives pour empêcher le sommeil; elles peuvent, même quand elles déterminent l'étranglement du faisceau vasculo-nerveux, provoquer de véritables crises extrêmement pénibles.

Marche. — Le rhumatisme dentaire atteint toutes les dents indistinctement, les incisives aussi bien que les molaires, les inférieures aussi bien que les supérieures. Il est digne de remarque que les incisives inférieures, qui de toutes les dents sont le plus rarement atteints par la carie, sont peut-être, plus fréquemment que toutes les autres, atteintes par le rhumatisme.

Sa marche est analogue à celle des autres manifestations rhumatismales, c'est-à-dire irrégulière, indéterminée dans les formes légères, au contraire régulière dans la forme progressive. Dans cette dernière forme, en effet, l'affection suit presque invariablement, comme le rhumatisme articulaire chronique, une marche soit centripète, soit centrifuge, suivant l'âge du malade.

Au-dessous de 40 ans, les dents atteintes les premières sont les incisives, c'est-à-dire les dents les plus rapprochées de la ligne médiane. Après 40 ans, surtout quand l'affection débute de 50 à 60 ans, ce sont les molaires, c'est-à-dire les dents les plus éloignées du centre qui sont toujours déracinées les premières. Ainsi toutes les dents que le rhumatisme enlève avant l'âge de 40 ans sont des incisives; celles qu'il enlève plus tard sont d'abord les molaires, puis les prémolaires et en dernier lieu les incisives. Le rhumatisme dentaire chronique procède donc du centre à la périphérie, ou en sens inverse de la périphérie au centre suivant l'âge. Il est intéressant d'observer que le rhumatisme articulaire chronique suit la même marche. Dans ses remarquables leçons sur le rhumatisme le professeur Picot (de Bordeaux) s'exprime à ce sujet dans les termes suivants : « Le plus généralement chez les sujets ayant atteint l'âge de 40 ans et au-dessus, on voit, le processus rhumatismal marcher de la périphérie au centre, intéressant tout d'abord, et à chaque main, les articulations métacarpo-phalangiennes de l'index et du médius, frappant ensuite les autres doigts, puis le coude et l'épaule, pour porter ultérieurement son action sur les membres inférieurs, en suivant la même marche centripète (1).

Chez les femmes à l'époque de la ménopause, l'affection peut éclater brusquement avec l'allure d'une affection aiguë, et se généraliser presque immédiatement. Or, M. Charcot a fait remarquer que chez les femmes arrivées à cet âge le rhumatisme articulaire chronique progressif avait souvent le même début et la même marche.

(1) Picot. *Les grands processus morbides*, 1878.

VARIÉTÉS

La médecine et les médecins a Buenos-Ayres.

Les Etats de l'Amérique méridionale, pays de liberté et d'exubérante activité politique, deviennent depuis quelques années, par les efforts de la génération actuelle, le foyer d'un puissant mouvement scientifique. Certes, en applaudissant à cette laborieuse activité, nous ne faisons que resserrer des liens de traditionnelle amitié entre ces pays et le nôtre.

Beaucoup de leurs médecins ont été nos camarades dans les Facultés françaises; beaucoup parlent notre langue, et la plupart, sinon tous, ont pour la France des sentiments de réelle sympathie. Tel est le motif pour lequel nous devons nous intéresser à ce mouvement scientifique et en suivre les épisodes avec attention. Faire connaître les résultats obtenus par ces artisans du progrès et de la civilisation par delà les mers, c'est donc leur rendre bonne justice.

A Buenos-Ayres, ce mouvement a pris une réelle intensité tout à l'honneur de la République argentine et tout à la gloire de ses promoteurs: les médecins et les Sociétés médicales de cette ville. Aujourd'hui, le nombre des étudiants en médecine s'élève à 350,

grâce aux ressources de l'enseignement, aux encouragements moraux et matériels, et enfin à la libre, mais toute-puissante activité de l'initiative privée du corps médical.

Les étudiants et les médecins argentins ont à leur disposition des moyens de s'instruire et de se perfectionner qui sont dignes d'attention. A côté de l'instruction médicale classique, libéralement dispensée par l'Université, ils trouvent en effet des Instituts spéciaux, bien aménagés, suffisamment nombreux et où, à l'exemple de ceux des Etats-Unis, ils ont facilement accès. C'est ainsi que, dans ce centre scientifique, il existe des établissements bien aménagés et très habilement dirigés, où se rencontrent toutes les ressources modernes de l'hydrothérapie, de l'aérothérapie, de l'électrothérapie et de la cinésithérapie, branches spéciales de la médecine auxquelles ils sont consacrés. Le massage même y est pratiqué avec succès et enseigné suivant les procédés et avec les perfectionnements de Zunder (de Stockholm).

Deux Sociétés, *el Associatio medico-bonaerense* et *el Circulo medico-argentino* réunissent le plus grand nombre des membres du corps médical argentin.

La première se recrute seulement parmi les médecins reçus et exerçants. Elle est donc à la fois un corps savant et une Association; de plus, parmi les Associations médicales du nouveau monde, elle occupe un rang élevé. C'est justice, d'ailleurs; par le dévouement de ses membres, par les services qu'ils rendent chaque jour aux intérêts sanitaires du pays et de l'humanité, cette Société mérite l'estime générale sur l'une comme sur l'autre rive de l'Océan.

El Circulo medico-argentino est une institution dont l'organisation mériterait d'être mieux connue des médecins européens. Ce corps savant se recrute à la fois parmi les praticiens et les étudiants en médecine. Originairement, c'est-à-dire à sa fondation, datant maintenant de sept années, ses membres étaient exclusivement des étudiants. Depuis, un grand nombre des premiers fondateurs, après la fin de leurs études, continuèrent de le fréquenter activement, de sorte qu'à l'heure actuelle, à côté des jeunes étudiants inscrits de la veille, cette Société comprend des médecins estimés et déjà arrivés à la notoriété scientifique. Elle a pris une très rapide extension autant par le nombre de ses membres et leur influence personnelle que par l'activité de la junte directrice.

D'une part, elle établit de puissants liens de confraternité entre les médecins, les élèves en médecine et le corps enseignant de la Faculté; d'autre part, elle est créatrice d'institutions d'un magnifique avenir, parmi lesquelles une bibliothèque déjà riche, un musée d'anatomie dont les collections augmentent chaque jour, grâce à des encouragements donnés aux médecins et aux étudiants, et des *consultorios* de médecine interne, de chirurgie, de maladies vénériennes et cutanées, d'affections du larynx, de maladies nerveuses, de maladies des femmes et de pathologie infantile.

Ce n'est pas tout; naguère encore elle fondait un service de nourrices et un institut vaccinal. En raison de ces services rendus à la science et à l'humanité, le gouvernement argentin lui accorde son appui moral et légal. Il lui a reconnu la personnalité civile, de sorte qu'elle peut acquérir et plaider. Elle est donc, à juste titre, considérée à tous ces points de vue comme la première des institutions scientifiques et médicales du pays.

Un journal estimé, *los Anales del Circulo medico-argentino*, est son organe officiel, et occupe une place honorable dans la littérature médicale américaine. Outre l'enseignement par la plume, l'enseignement par la parole est encore en faveur parmi les membres de cette Société. C'est ainsi que, de temps en temps, les salons de la Société servent à des conférences réunissant tous ses membres, constituant un puissant moyen d'enseignement mutuel, et tenant lieu, dans une certaine mesure, de cours de perfectionnement destinés spécialement aux praticiens dans quelques Universités d'Allemagne et des Etats-Unis de l'Amérique du Nord.

Une autre preuve de la vitalité de ces institutions, c'est la sympathie qu'elles inspirent pour le corps médical argentin dans les pays du Nouveau Continent. J'en trouve le témoignage dans les correspondances d'un médecin de Buenos-Ayres, M. Ernesto Lozano, adressées au journal la *Cronica medica de Lima*.

Faire de telles œuvres est bien; en inspirer l'émulation et en provoquer la contagion est mieux. C'est assez dire que la vieille Europe elle-même peut souvent apprendre quelque chose de la jeune Amérique, et que les institutions et le corps médical argentin méritent, pour de tels résultats et de tels efforts, notre admiration et notre sympathie.

Ch. Eloy.

COURRIER

Personnel médical des bureaux de bienfaisance. — Aux termes d'un arrêté pris par M. le ministre de l'Intérieur le 14 juin, M. le docteur Outin, demeurant rue d'Avron, 57, est nommé médecin du bureau de bienfaisance du XX[e] arrondissement de Paris.

Nécrologie. — Le professeur S. Gross, qui vient de mourir le 6 mai, était né à Easton, en Pensylvanie, en 1805. Elève du professeur Mc. Clellan de Philadelphie, il prit ses grades au Jefferson Medical College que celui-ci avait contribué à fonder. Après divers voyages, il publiait à Cincinnati ses *Éléments d'anatomie pathologique*. Bientôt après il donnait son *System of surgery* qui ne compte pas moins de cinq éditions. Il produisit en outre divers ouvrages : *Traité des voies urinaires ; Blessures des intestins ; Corps étrangers dans les voies aériennes*. Sa renommée de chirurgien ne tarda pas à devenir considérable ; membre et chef de nombreuses sociétés savantes, il ne quitta sa chaire au Jefferson College qu'en 1882. Son autopsie montra qu'il avait succombé à un ancien catarrhe gastrique ; le cœur était gros, il y avait un grand kyste du rein. Son cerveau pesait 48 onces, les circonvolutions étaient nombreuses et les sillons en étaient profonds. Ses restes furent soumis à la crémation à Washington (Pensylvanie) et de là transportés à Philadelphie sous l'escorte de sa famille et de ses amis. Les cendres qui pesaient environ 7 livres furent placées dans une boîte d'étain hermétiquement scellée, qu'on plaça dans le cercueil qui avait servi à amener le corps. A Philadelphie on les renferma dans une urne de marbre simple et sans inscription que l'on mit dans le Woodland cimetière. Le Jefferson medical College a l'intention d'établir une « Gross Professorship » d'anatomie pathologique et l'Association médicale américaine, d'élever une statue à sa mémoire.

Concours. — Le ministre de l'intérieur du royaume d'Italie a mis au concours les sujets suivants : 1° (Prix de 2,000 fr.) Exposer les progrès faits dans ce siècle (en Italie et à l'étranger), dans l'étude anthropologique criminelle, et les théories soutenues par les auteurs les plus autorisés. Passer en revue les faits et les statistiques sur lesquels ces théories s'appuient et les confirmer ou les combattre à l'aide d'autres faits et d'autres statistiques. 2° (Prix de 1,000 fr.) Exposer la règle et le critérium sur lesquels se sont basés les législateurs anciens et modernes pour définir et prévenir la récidive. Examiner surtout à l'aide des faits, quelles sont les causes principales de la récidive et par quels moyens on peut la combattre. 3° (Prix de 1,000 fr.) Déterminer ce qu'est la volonté ; quelle est la genèse psycho-physiologique des actes dits volontaires. Quels faits psycho-physiques ont précédé généralement l'acte volontaire ; indiquer de quelle façon, à quelle époque de la vie et sous quelles conditions (internes ou externes) se développe normalement chez l'homme la faculté de la volonté ; quels rapports existent entre les modalités diverses de cette faculté et les autres facultés mentales ; indiquer quels sont les moyens les plus efficaces pour augmenter l'énergie de la volonté, etc. Pour le premier sujet seul, le concours est international, mais les mémoires doivent être écrits en français ou en italien. Le terme fixé pour le dépôt des mémoires est : le 31 décembre 1884 pour le premier sujet et le 30 septembre pour les deux autres. (*Progrès-médical.*)

Société de médecine légale. — Séance du lundi 7 juillet 1884, à 4 heures très précises au Palais de Justice (salle d'audiences de la 5[e] chambre du tribunal civil).

Ordre du jour : I. Rapport de la commission d'élection sur les titres des candidats à dix places de membres correspondants nationaux. — II. Vote sur les conclusions du rapport de M. Rocher, relatif aux certificats demandés par les compagnies d'assurances sur la vie. — III. Rapport de M. Laugier, sur le procès-verbal d'autopsie de St-E... transmis à la Société par les médecins experts de Bastia. — IV. Rapport de M. Bordier, sur une question de vente de médicaments par un médecin. — V. Relation, par M. Barthélemy, d'un fait d'empoisonnement volontaire par la strychnine, ayant soulevé une question de secret professionnel. — VI. Responsabilité légale, à propos de certaines explosions accidentelles d'armes à feu, par M. Liégey. — VII. Rapport de M. Socquet sur deux cas d'infanticide.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

Les propriétés et les usages thérapeutiques de la trinitrine.

C'est une réhabilitation que l'histoire thérapeutique de la nitro-glycérine durant ces dernières années.

Désignée, d'après les usages auxquels on l'employait et le caprice des auteurs, sous les noms de dynamite, de glonoïne ou de trinitrine, cette substance, découverte par Sobrero en 1847, reçut une formule atomique de Williamson, le nom de trinitrine de M. Berthelot et un signalement chimique de MM. Sarran, Rousse et Vieille.

En 1858, un médecin de Brighton, le docteur Field, l'expérimentant sur lui-même, en éprouva des effets vaso-moteurs qu'il fit connaître dans le *Medical Times and Gazette*, provoquant ainsi les tentatives thérapeutiques de Thorogwood et James Lawrence, Baker Edwards et S. Brady. Les travaux de contrôle de Fuller et Harley, en Angleterre, et ceux de M. Vulpian, en France, ne justifièrent pas les succès des premiers jours ; la trinitrine tomba dans l'oubli et y resta pendant dix-sept ans.

Cet éther de la glycérine faisait difficilement son chemin dans la médecine, tandis que dans l'art de l'ingénieur, et sous le nom de dynamite, elle arrivait promptement à une bruyante renommée. En 1876, la thèse de M. Bruel appela de nouveau sur elle l'attention des observateurs, et son étude fut reprise au double point de vue physiologique et clinique par Murrel, May-Robson, Martindal, Craig, Farquhar, Stilts, M'Call Anderson, Hammond, Steward et Korcynski. Enfin, l'année dernière, elle était complétée en France par une note synthétique de M. H. Huchard à la *Société de thérapeutique*, et par l'excellente thèse de M. Marieux au moment même où en Amérique notre estimé confrère, le docteur Desrosiers, en faisait l'objet d'une leçon clinique dans un excellent journal de Montréal, l'*Union médicale du Canada*.

Si la connaissance des propriétés organoleptiques de la trinitrine n'est pas encore achevée, elle n'en possède pas moins une valeur thérapeutique et mérite l'attention des médecins praticiens.

Quels sont donc ses effets physiologiques? Au contact de la muqueuse linguale, la dynamite donne une saveur sucrée d'abord, brûlante ensuite.

Quelques minutes après l'ingestion de deux ou trois gouttes de la solution centésimale de nitro-glycérine, on éprouve une sensation de plénitude congestive de la tête, des bourdonnements d'oreille et des nausées. Le pouls perd de sa force, devient petit, parfois dicrote et ses tracés sphygmographiques sont caractérisées par le redressement de la ligne d'ascension et l'acuité des crochets intermédiaires entre cette ligne et la ligne de descente.

La face pâlit, le malade éprouve un état syncopal, phénomènes que remplacent bientôt une véritable torpeur physique et intellectuelle, suivie elle-même d'un sommeil de quelques heures. A doses plus élevées, l'état syncopal s'accompagne de convulsions et de stertor respiratoire, effets passagers d'ailleurs, qui, à bon droit, effrayaient les premiers observateurs.

La nitro-glycérine modifie donc les activités fonctionnelles de la circulation, de la respiration, des sécrétions et du système nerveux. De ces changements, les plus importants sont ceux de la circulation. La circulation périphérique est ralentie, de là cet aspect vultueux du visage ; à preuve aussi, chez les animaux, l'arrêt des globules dans les réseaux capillaires de la membrane digitale des batraciens, la rougeur congestive et l'élévation thermique des oreilles du lapin. De là aussi, après quelques instants, le changement de coloration du sang artériel perdant sa rutilance et prenant l'aspect du sang noir.

La circulation centrale est aussi modifiée : le choc du cœur devient plus fort et ses battements plus rapides; effets conséquents des précédents, en vertu de la loi de M. Marey : — « le cœur bat d'autant plus vite qu'il éprouve moins de peine à se vider. » — La trinitrine est donc un modificateur de la vaso-motilité : elle produit le ralentissement de la circulation, l'abaissement de la tension vasculaire, et, comme résultat final, le ralentissement des échanges dans les tissus.

Les effets respiratoires qu'elle provoque sont moins constants : ils consistent dans des changements de rhythme, amplification au début, suspension plus tard, et même,

d'après M. Marieux, une sorte d'apnée, quand les doses sont toxiques. Il en est de même des modifications des activités sécrétoires : nulles pour les sécrétions salivaires et lacrymales, elles consistent parfois dans une hypersécrétion sudorale et urinaire.

Par contre, la trinitrine modifie les activités fonctionnelles du système nerveux, en changeant les conditions de son irrigation sanguine. On constate l'engourdissement de la sensibilité, et les animaux répondent mal aux excitations douloureuses périphériques ; la diminution de l'acuité visuelle et l'amblyopie chez l'homme ; enfin, comme on l'a vu plus haut, à doses toxiques des convulsions, et à doses modérées la diminution de la puissance musculaire.

En résumé, la nitro-glycérine est un médicament vaso-moteur, et, à l'heure actuelle, elle a pris place parmi les modificateurs de la circulation. Ce serait à tort qu'on la considérerait comme dépourvue de propriétés toxiques. On a pu parfois, il est vrai, — et je l'ai fait plusieurs fois, — en injecter des doses considérables sous la peau des animaux, sans produire la mort ni même aucun phénomène physiologique. Par contre, dans d'autres cas, il n'en était pas ainsi. De plus, avant et depuis la thèse de M. Bruel, on a signalé des empoisonnements par la dynamite parmi les ouvriers des fabriques ou les employés des dépôts de cette substance. Elle est donc toxique.

Trautzel considère l'absorption cutanée comme la voie habituelle de pénétration dans les empoisonnements professionnels, et M. Bourru a vérifié l'exactitude de cette opinion, en provoquant des effets physiologiques par la simple manipulation de petites quantités de dynamite. De plus, par les autopsies, on a constaté des lésions anatomiques caractérisées par de l'hyperémie stomacale, des ecchymoses intestinales, ainsi que de la congestion des méninges et des centres nerveux encéphaliques. Dans cet empoisonnement, la mort est précédée de phénomènes asphyxiques : convulsions, cyanose et algidité.

Quelles sont les indications thérapeutiques, les contre-indications et les modes d'administration de la trinitrine? De par ses propriétés physiologiques, elle est le *médicament des ischémies* : ischémie cardiaque ou ischémie cérébrale. Comme modificateur cardio-vasculaire, elle a un utile emploi contre les accidents des cardiopathies, des affections aortiques et de l'anémie cérébrale.

A titre de vaso-dilatateur, elle est surtout indiquée pour combattre les manifestations de l'*angine de poitrine*. Naguère, W. Craig, Farquhar, Stills, M'Call Anderson, Korcynski et Green en firent empiriquement l'essai dans ce but ; mais la raison de leurs succès thérapeutiques n'a été donnée qu'au jour où la pathogénie des accidents angineux a été placée par MM. Potain, G. Sée, Liégeois et Henri Huchard sous la dépendance d'une ischémie cardiaque organique ou fonctionnelle.

Dans le traitement de l'angine de poitrine, la nitro-glycérine a pour indication de parer au spasme vasculaire. Son action, analogue à celle du nitrite d'amyle, ne saurait cependant la remplacer.

Conséquemment, la *médication nitreuse* des angines de poitrine peut se formuler ainsi : au moment des accès, inhalations de trois à dix gouttes de nitrite d'amyle dont l'action sera rapide et passagère ; dans leur intervalle, administration quotidienne, par série de quinze jours, de deux à quatre gouttes de la solution au centième de trinitrine dont les effets seront durables (1). Ce traitement n'est pas seulement un moyen de soulagement du malade, c'est aussi un moyen d'épreuves pour différencier l'angine de poitrine vraie ou ischémique des pseudo-angines de poitrine d'origines et de causes très diverses (2).

C'est au même titre que cette substance peut être utile *dans les affections de l'aorte :* poussées de l'aortite aiguë à répétition, aortite chronique, dilatation et rétrécissement de ce vaisseau. Elle atténue également les phénomènes d'ischémie cérébrale épisodiques de l'*insuffisance aortique :* vertiges, lipothymies, état syncopal, et M. Marieux cite le cas d'un malade de M. Dujardin-Beaumetz, où la guérison suivit une seule injection sous-cutanée de cinq à sept gouttes de la solution au centième.

C'est encore à titre de modificateur de la tension vasculaire que M. Green préconise

(1) Voici la solution de M. Huchard : *eau distillée*, 300 grammes ; solution alcoolique de trinitrine au centième, XXX gouttes. On débute par trois cuillerées à dessert par jour, et on porte la dose quotidienne à trois cuillerées à soupe. La solution de M. Mathew Hay est ainsi formulée : *eau de fontaine*, 180 grammes ; *solution de nitro-glycérine au centième*, 3 grammes 90 centigrammes ; on en administre chaque jour une ou deux cuillerées à café, en mélange avec de l'eau.

(2) Voir : H. Huchard, *Des angines de poitrine* (in *Revue de méd.*, 1883) ; Marieux, Thèse de Paris, 1883.

la trinitrine pour combattre la *cardioplégie*. En effet, dans la *dégénérescence graisseuse* du myocarde, elle pourrait, en diminuant la tension artérielle, soulager l'effort du muscle cardiaque. Ainsi le veut la théorie; en est-il ainsi dans la pratique? Nous n'en savons rien; mais, sans préjuger de l'efficacité de cette action, il faut reconnaître que, dans l'espèce, elle n'offre pas les mêmes dangers qu'un emploi intempestif de la digitale.

Korcynski et d'autres proposent la trinitrine contre les accès d'*asthme bronchique* et l'*emphysème pulmonaire*. Par contre, elle serait impuissante contre l'asthme nerveux. Une tentative que j'ai faite dans ce sens avec le nitrite d'amyle a été suivie d'insuccès absolu, et M. H. Huchard déclare n'en avoir pas obtenu de résultats satisfaisants sur les malades de son service hospitalier. Elle ne paraît donc pas indiquée dans le traitement de ces maladies.

On l'avait aussi préconisée en Angleterre dans le traitement des *néphrites chroniques* et *interstitielles* pour augmenter la diurèse et diminuer l'albuminurie. Les tentatives des médecins français ont été moins favorables.

Dans la médication des *affections du système nerveux*, la trinitrine a donné parfois des résultats, mais dans les cas seulement où il existait de l'*anémie cérébrale*, c'est-à-dire qu'elle peut être utile contre les *névralgies d'origine centrale*, les *névralgies faciales non congestives*, accompagnées de *spasme musculaire* (Field), contre les *céphalalgies et les céphalées non congestives* et les *migraines angiotoniques*. Plus problématique enfin est son efficacité contre la chorée (Korcynski), l'épilepsie et l'hystérie, les convulsions puerpérales (Green) ; mais par contre, plus vraisemblable paraît être son action contre les troubles nerveux des *chlorotiques* et des *anémiques* : vertiges, palpitations, contre les névropathies post-hémorrhagiques, et les manifestations névrosiques des convalescents ou des individus cachectiques. Enfin, on peut en proposer l'essai contre l'asphyxie locale des extrémités et dans l'aliénation mentale à forme dépressive, à l'instar et à la place des injections morphinées.

Après cela, à quoi bon insister sur les contre-indications de la trinitrine ? On doit en éviter l'emploi dans les états morbides avec tendance aux congestions actives ou passives et surtout aux congestions encéphaliques. De plus, certains individus ne la tolèrent pas même à doses modérées. Chez d'autres, elle provoque des troubles gastriques, même en solutions très diluées. Contre ces accidents, comme dans les cas d'intoxication, il est utile de prescrire avec Falk le café, l'exposition au grand air et les excitations périphériques énergiques.

La trinitrine se donne toujours en solution centésimale, qu'on administre par la voie buccale, soit selon la formule que nous avons indiquée plus haut, soit en gouttes d'après la méthode de Murrell et de Hammond, ou bien encore par la voie hypodermique (1) si on désire obtenir des effets très rapides.

Les médecins américains prescrivent aussi des pilules de nitro-glycérine contenant chacune de un quart de milligramme à cinq milligrammes de substance active. Enfin M. Martindall, mettant à profit sa solubilité dans les matières grasses, en a fait préparer des tablettes chocolatées exactement dosées.

Quoi qu'il en soit, la nitro-glycérine rend d'utiles services contre les accidents angineux et les troubles nerveux d'anémie cérébrale. Aussi, en attendant une étude plus complète de ses propriétés physiologiques, elle mérite déjà une place dans la thérapeutique, à côté du nitrite d'amyle dont elle complète l'action, sans toutefois pouvoir le remplacer dans la médication nitreuse. — Ch. E.

(1) La formule en usage dans le service de M. Dujardin-Beaumetz est la suivante : *Solution alcoolique de nitro-glycérine au centième :* 30 gouttes ; eau distillée, 8 grammes et 40 centigrammes. Chaque gramme, c'est-à-dire le contenu de la seringue de Pravaz, contient trois gouttes de la solution centésimale de trinitrine.

REVUE DES JOURNAUX

Journaux italiens.

Ectopie (?) et dégénérescence kystique du rein droit; absence d'uretère et de capsule surrénale de ce côté; utérus bicorne. — Ablation de l'ovaire et d'une grande partie de la trompe de Fallope droite, et excision partielle du kyste rénal. Observation publiée par M. le professeur Pascal Landi (de Pise), dans le journal pisan *Commentario clinico delle malattie degli organi genito-urinari*, n° 1. — C'est un fait bien rare, sinon unique dans la science,

que vient de publier M. le professeur Landi. On y rencontre des lésions pathologiques curieuses, mais surtout des anomalies organiques du plus grand intérêt. Une jeune fille de 18 ans entre à la clinique pour se faire opérer d'une grosse tumeur abdominale siégeant à droite, dont le développement a été continuel depuis trois ans, et qui depuis deux ans, à l'époque de l'apparition des règles, a été la cause de troubles graves dans la santé chaque fois que le flux cataménial se renouvelait. Rien d'anormal du reste dans le passé pathologique de cette jeune fille, qui est d'une apparence robuste et ne se plaint que de sa tumeur. Après un sérieux examen, M. le professeur Landi croit pouvoir diagnostiquer un kyste du ligament large du côté droit, vraisemblablement accompagné d'une dégénérescence de même nature de l'ovaire correspondant, et en outre, une hypertrophie simple de l'ovaire gauche.

L'opération, pratiquée le 17 mai avec toutes les règles et précautions d'usage, réservait au chirurgien de singulières surprises. D'abord, c'est en vain que la tumeur est cherchée, le péritoine ayant été divisé sur la ligne médiane; c'est à la partie postérieure de la séreuse, et en dehors d'elle, que la main la rencontre et permet de constater qu'elle n'appartient pas aux annexes de l'utérus.

Le kyste est cependant attiré en partie au dehors par de laborieuses tractions; puis il est incisé et, de nouveau, la main de l'opérateur se porte à la recherche de l'organe dégénéré, qui n'est autre que le rein droit. Ce qui reste des parois kystiques, ne pouvant être détaché des adhérences voisines, est suturé aux lèvres de l'incision tégumentaire; un tube à drainage est placé dans la cavité péritonéale, et un Lister est appliqué sur le tout. Trois jours après, l'opérée mourait de péritonite.

L'autopsie devait révéler, outre les causes de la mort, de curieuses anomalies. Le rein droit et ses annexes manquaient complètement. Le rein gauche était atteint d'une hypertrophie compensatrice par suite de ses fonctions doublées. On ne trouvait dans la vessie qu'un seul orifice d'uretère correspondant à cet organe. A la place de l'utérus existaient deux corps allongés dirigés obliquement de bas en haut et de dedans en dehors, l'un beaucoup plus gros que l'autre, et inclinés l'un du côté droit, l'autre du côté gauche; plus bas, ces deux corps étaient réunis et formaient, au niveau de l'insertion au vagin, le col utérin; en d'autres termes, la matrice était bicorne.

Après avoir examiné au microscope les différents éléments de la tumeur enlevée, M. le professeur Landi a pensé que ce néoplasme était vraisemblablement un sarcome kystique congénital, devant son origine au rein qui manquait à l'endroit où il s'était développé, et que l'on devait considérer ce cas comme une ectopie (?) rénale.

De l'action biologique de la naphthaline et du bromure de zinc, par M. le docteur Testa. — Les expériences physiologiques faites par l'auteur lui ont permis de constater que la naphthaline a une action locale et générale à peu près inoffensive. Cette substance, injectée par voie hypodermique à la dose de 1 gramme, n'a produit sur des cobayes qu'un tremblement léger et passager; la température normale n'est pas abaissée sensiblement sous son influence, mais l'élévation thermique de la fièvre tombe très vite d'un demi, et même d'un degré.

De même le bromure de zinc, étudié spécialement par M. le docteur Testa, a montré à notre savant confrère l'identité de son action avec celle du bromure de potassium, sauf qu'il n'est pas aussi déprimant que son congénère, et que son influence est beaucoup plus faible.

Des inhalations d'iodoforme et de l'emploi de ce médicament par la voie stomacale dans le traitement de la tuberculose, par le docteur G. Gnocchi (de Quintosole Milanese). — Il est permis d'entrevoir la curabilité de la phthisie dans un temps prochain, car le bacille de Koch est accessible à l'action destructive d'un grand nombre de substances. La difficulté reste néanmoins dans la façon dont on peut faire pénétrer dans l'organisme ces divers parasiticides.

M. le docteur G. Gnocchi a mis tout en œuvre pour mener à bien une aussi séduisante épreuve, et s'est finalement arrêté à la méthode proposée jadis par un médecin français, M. le docteur Davezac. Il fait respirer à ses poitrinaires des vapeurs d'iodoforme au moyen d'un appareil des plus simples, composé d'une bouteille renfermant le liquide médicamenteux, dans lequel plongent un tube qui sert à amener de l'air et un autre tube beaucoup plus petit; à celui-ci est adapté un tube en caoutchouc muni d'un embout, que le malade tient dans sa bouche pour faire les inhalations un certain nombre de fois par jour. (On pourrait remplacer cet appareil par de simples cigarettes, où l'iodoforme serait enfermé entre deux tampons d'ouate, comme dans les cigarettes de camphre.)

Le liquide dont se sert M. le docteur Gnocchi, et dont la formule appartient à M. le professeur Rummo, est ainsi composé :

Iodoforme pulvérisé.	1 gr 50
Huile essentielle de térébenthine . . .	50 gr »
Huile d'arachide.	150 à 200 gr.
Essence de bergamotte. . . . . }	à 2 gr 50
Acide thymique. . . . . }	

Cette façon de traiter la phthisie a donné à M. le docteur Gnocchi de remarquables résultats dans un certain nombre de cas. L'iodoforme, pris à l'intérieur à la dose de quelques centigrammes, a paru aussi avoir une réelle action sur la marche de cette triste maladie. (*Gaz. degli ospitali*, n° 32, p. 251.)

MILLOT-CARPENTIER.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE RECRUTEMENT DU PERSONNEL MÉDICAL DES BUREAUX DE BIENFAISANCE

Les deux projets destinés à fixer le mode de recrutement des médecins de l'assistance à domicile sont, à l'heure actuelle, dans les cartons du conseil d'État. Cette assemblée doit en délibérer, donner un avis, et, avant leur adoption définitive par le ministre de l'intérieur et le chef de l'Etat, opiner sur leur valeur légale et administrative.

Ainsi le veut la procédure officielle. Ces deux projets ont, l'un et l'autre, un point de départ commun : la suppression de la votation établie par l'arrêté de M. Hérold, et déjà mise à l'épreuve par plusieurs scrutins. La constitution d'un corps médical électoral et cette consultation dans les termes de la loi de 1849, étaient une tentative réellement libérale, digne à la fois d'une administration estimant le corps médical dont elle connaît le dévouement, digne aussi du corps médical parisien. C'était une des meilleures œuvres de l'ancien préfet de la Seine, également honorable d'ailleurs pour le Conseil municipal de l'époque. Aujourd'hui, ce préfet de la Seine n'est plus, et il y a beau temps que le Conseil municipal de 1879 a terminé sa défunte existence ! C'est là peut-être un motif des changements proposés... Au reste, il est inutile d'ouvrir à nouveau un débat où, à cette même place, on a déjà plusieurs fois montré la futilité des raisons mises en avant pour légitimer les projets actuels et la boiteuse argumentation des adversaires de la votation directe du corps médical.

Les deux projets actuellement au conseil d'État fournissent à M. O. Commenge matière à un petit livre sur l'*Assistance et le Traitement à domicile à Paris*. Il fallait s'y attendre, car cette cause est un peu devenue la sienne, par ses efforts à étudier les difficiles questions de l'Assistance publique.

C'est qu'en effet, notre très sympathique confrère est un persévérant et un vaillant. Il ne se fatigue pas, et la plume à la main, toujours sur la brèche pour la défense des intérêts professionnels, il livre opiniâtre combat avec une indomptable constance. Pour cet estimé confrère, le projet dit ministériel, en établissant le recrutement du personnel au moyen du suffrage à deux degrés, ne répondrait pas à l'esprit de la loi de 1849. A cette époque, « il n'était question, dit-il, que de l'élection directe, et les républicains d'alors « ne songeaient pas qu'on mettrait plus tard en pratique l'élection à deux degrés. » Sans doute ; et cette remarque est d'une incontestable exactitude, ici comme dans bien d'autres questions.

Certes, le mode de votation à deux degrés n'est pas aussi libéral que celui de l'élection directe. Il y aurait quelque naïveté, ce me semble, à insister sur ce point. Mais, à l'heure actuelle, il représente encore un principe, celui du suffrage du corps médical, et quoi que le choix se trouve restreint, il aurait encore quelque chance de rallier les esprits les plus libéraux.

M. Commenge lui préfère le projet de l'administration municipale, parce que, dit-il, il est plus conforme à la pensée du législateur de 1849. Soit ; le texte de la loi donne raison à notre confrère, très empressé d'ajouter que, pour y rester, « il faut, ou conserver le « mode de nomination actuel, ou bien adopter le concours. »

M. O. Commenge adopte le concours, comme l'a fait le Conseil municipal, c'est-à-dire en principe, car le projet municipal pose seulement un principe, et on sait, par expérience, si l'édilité parisienne aime à poser des principes ! Or, l'expérience l'a trop

souvent montré, la distance est grande entre une déclaration de principe et sa mise à exécution. Je comptais, en lisant la brochure si intéressante de M. Commenge, la franchir et connaître les futures conditions de ce concours. Il n'en est rien. On sait que l'administration, devant le Conseil municipal, en avril dernier, a revendiqué le privilège de les fixer sous sa responsabilité ; de sorte que, en adoptant le principe du concours, on ignore la nature même de ce concours, et on donne blanc-seing à ses organisateurs officiels.

Sera-t-il un concours sur titres? L'espèce est de récente mode, elle a donc quelques chances d'adoption ou de faveur auprès de nos édiles nouveaux venus, et, en fait, grands contrôleurs des actes de l'administration municipale.

Les épreuves seront-elles plus sérieuses? Elles devront alors exiger une longue préparation théorique et surtout pratique, en plus de la production des titres acquis. Autant déclarer de suite qu'on veut créer une sorte de *sous-concours du Bureau central* avec les difficultés, mais sans les avantages et les garanties de ce dernier. C'est demander aux candidats de grands efforts et ne leur offrir, en retour, aucune équitable compensation.

Par contre, M. O. Commenge se préoccupe, avec quelque raison, de la situation qui sera faite aux titulaires actuels des bureaux de bienfaisance. Le projet stipule bien que le concours est applicable seulement aux places vacantes; mais, d'autre part, au lieu de réinstaller tous les médecins en exercice pour une période de quatre années, on les divise en séries telles que la réinstitution, suivant les catégories, variera d'une année à trois.

Quelle sera, au point de vue de la notoriété publique, la situation de ces anciens médecins auprès des élus du concours? Elle aura, il me semble, quelque peu à souffrir.

Par ce moyen, l'administration possédera, il est vrai, une arme sérieuse contre les défaillances de quelques médecins. Elle en usera contre ceux-ci, et ce sera justice. S'en servira-t-elle seulement dans ce but? Il y aurait lieu, ce me semble, de prévoir des cas dont l'impossibilité n'est pas absolue avec les retours parfois singuliers de la politique dans notre pays de Commune et de coups d'Etat, par exemple!

Avec le mode de recrutement par le suffrage, même restreint, du corps médical, il n'en est pas ainsi. A ce point de vue, le projet ministériel, quelque incomplet qu'il soit, est donc préférable à celui de l'administration municipale. Comme on l'a vu aux premières élections, la plupart des droits acquis ont été équitablement respectés; ces choix nouveaux n'ont pas été mauvais, puisque le service médical n'a pas été mis en souffrance. Si le service présente des lacunes, il faut s'en prendre à l'organisation défectueuse des secours à domicile telle qu'elle fonctionne à Paris; à l'influence trop secondaire des médecins dans les réunions administratives des bureaux d'arrondissement; enfin, comme M. Royer l'a montré, à l'insuffisance d'une rémunération scandaleusement disproportionnée avec les services rendus, l'étendue des circonscriptions et l'abnégation demandée. Il y avait là matière à sérieuses réformes. Quant à laisser au corps médical parisien, au dévouement et à la générosité duquel on fait sans cesse appel, le droit électoral que lui confère la loi de 1849, en même temps que lui donner le temps et le moyen d'en faire un apprentissage, était justice; M. Hérold l'avait compris; on lui en doit reconnaissance.

Le suffrage restreint que propose la commission ministérielle serait donc une mesure de pis-aller, acceptable, cependant, à défaut des droits amoindris du corps médical. Puisse le concours qu'on préconise, en l'absence de sérieux avantages et de nombreuses garanties pour les candidats, ne pas être un leurre pour l'administration qui le propose, pour les édiles qui en votèrent le principe sans en connaître le mode d'application, et pour le corps médical parisien, qui mérite mieux que d'être tenu en défiance par l'administration. — C. E.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1884.

A TOULON, la mortalite cholérique s'est élevée, du 2 au 3 juillet, à 9 décès, dont 3 en ville; du 3 au 4 juillet, à 14 décès, dont 3 dans les hôpitaux maritimes, 4 à l'hôpital civil et 7 dans la ville et les environs; du 4 au 5 juillet, à 17 décès. A cette dernière date, la mortalité était de 114 cas dans les hôpitaux maritimes, 12 à l'hôpital civil et 14 en ville.

Enfin, du 5 au 6 juillet, le nombre des décès a été de 15. Cette recrudescence a été attribuée, dans les régions officielles, au retour de fugitifs dans la ville.

Parmi les décès de la semaine, celui de M. le docteur Borel, médecin de 1re classe de

la marine, a causé un légitime émoi, car notre confrère était hautement estimé. Il laisse de vifs regrets parmi les médecins toulonnais, et nous prenons part à cette nouvelle épreuve du corps médical de la marine, qui est toujours si cruellement et si glorieusement éprouvé dans les épidémies de France ou des colonies.

D'après une enquête, dont un journal très dévoué à l'administration a pris la responsabilité, l'importation de l'épidémie remonterait au 26 avril. A cette date, écrit le *Temps*, un soldat d'infanterie de marine, embarqué sur le *Shamrock* et revenant de Cochinchine le 23 avril, entrait en rade avec tous les symptômes du choléra. Il guérit à l'hôpital maritime; mais d'autres cas se produisirent alors, précédant l'épidémie actuelle. Voilà des faits qui méritent une enquête sérieuse, impartiale et contradictoire. Ils permettraient d'attribuer une équitable part de responsabilité aux autorités sanitaires toulonnaises ou ministérielles.

A Marseille, du 3 au 4 juillet, on a enregistré 6 décès cholériques; du 4 au 5 juillet, 4 décès; du 5 au 6 juillet, 10 décès, et du 6 au 7 juillet, 14 décès.

Les divers quartiers de la ville sont très éprouvés; toutefois, on n'a pas encore observé de cas cholériques dans le quartier Mempenti, où se trouvent les usines à soufre.

A Aix, le 5 juillet, on signale le décès cholérique d'un professeur du lycée de Toulon, émigré dans cette ville.

En Italie, 3 cas de choléra ont été observés au lazaret de Saluces sur des ouvriers venant de Toulon. Deux d'entre eux sont morts.

L'épidémie est donc en augmentation depuis deux jours.

Plusieurs Sociétés savantes, parmi lesquelles la *Société nationale de médecine de Lyon*, critiquent avec raison l'insuffisance des mesures prophylactiques qui ont été appliquées dans les gares de Lyon et de Paris aux voyageurs venant des pays contaminés. Ce corps savant demande la subdivision du réseau méditerranéen en deux sections, celle des pays contaminés et celle des pays non contaminés, possédant chacune un matériel et un personnel distincts, mais communiquant par des gares de transbordement où la désinfection serait sévèrement et sérieusement opérée. Cette organisation serait plus efficace, à coup sûr, que les fameuses fumigations actuellement en usage, car les voyageurs peuvent s'y soustraire, et le font en s'arrêtant avant d'arriver à Paris, dans une gare intermédiaire. On ne peut donc qu'approuver les vœux formulés par la Société de médecine de Lyon. Puissent-ils être mieux écoutés que ceux de la Société d'hygiène professionnelle de Paris pour la remise à une autre époque des fêtes du 14 Juillet. — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 juillet 1884. – Présidence de M. Marc Sée.

Sommaire: Nécrologie. — Communication sur le traitement chirurgical du cancer de l'utérus.— Discussion.

M. le Président a le regret d'annoncer à la Société de chirurgie la mort de M. le docteur Létiévant (de Lyon), l'un de ses membres correspondants les plus distingués.

— M. Gallard fait une communication relative au traitement chirurgical du cancer de l'utérus.

Comme MM. Verneuil et Trélat, il est partisan de l'amputation du col de l'utérus dans le cancer limité à cette partie.

Il est de ceux qui considèrent comme un devoir professionnel, pour le médecin ou le chirurgien, de ne pas abandonner les malades atteints de cancer, quel que soit le point où siège le mal, et d'intervenir chirurgicalement, toutes les fois que l'intervention est possible.

M. Gallard possède par devers lui des faits qui prouvent combien on peut soulager les malades, même dans les cas où l'intervention paraissait devoir être complètement inutile.

Il a vu des cas où la guérison n'était pas possible et où, cependant, les malades ont retiré de l'opération un soulagement considérable.

Une règle applicable à tous les cancers de l'organisme, principalement au cancer de l'utérus, consiste à pratiquer l'ablation du mal toutes les fois qu'il est possible de l'enlever en totalité, toutes les fois, en d'autres termes, que l'on pourra dépasser la limite

des tissus morbides. Sans doute, en ce faisant, on n'évitera pas toujours la récidive, mais on n'opérerait jamais, si on se laissait arrêter par cette crainte.

M. Gallard considère les tractions sur l'utérus comme une des principales causes d'insuccès des opérations pratiquées sur cet organe.

Suivant lui, quelle que soit la manière dont on pratique l'opération, il faut avant tout éviter les tractions sur l'organe utérin. Les instruments tranchants, il faut l'avouer, ne sont pas, à cet égard, d'un emploi facile et commode. On a pensé éviter cet inconvénient au moyen de la section par l'écraseur linéaire de Chassaignac ou par le serre-nœud de M. Maisonneuve. Mais ces instruments ne sont pas toujours faciles à appliquer et à manœuvrer au fond du vagin, même par des mains expérimentées. L'anse peut glisser, ne produire qu'une section incomplète du col, le *moucher*, comme on dit, ou l'ébarber au lieu de le sectionner complètement. Le fil du serre-nœud peut casser également, et il est arrivé plus d'une fois à M. Gallard d'être ainsi obligé de terminer avec l'instrument tranchant une opération commencée avec le serre-nœud.

La pratique de l'ablation du col de l'utérus serait donc difficile si, par bonheur, nous n'avions pas depuis 1854 l'appareil imaginé par Middeldorpf, et dont l'emploi est infiniment plus commode.

L'anse galvanique, en effet, est un instrument très simple et très facile à manier, au moyen duquel on arrive avec une certitude absolue à saisir la base du col utérin et à la sectionner en faisant passer dans l'anse qui l'entoure un courant galvanique.

M. Gallard compte environ 25 cas d'ablation du col utérin cancéreux par ce procédé. Parmi ces cas, 8 appartiennent à la clientèle de la ville et les autres à la pratique hospitalière, soit à l'hôpital de la Pitié, soit à l'Hôtel-Dieu. Les résultats obtenus ont été généralement bons; plusieurs cas étaient assez compliqués pour que l'opération n'ait pu être faite avec toute sa simplicité; dans les premiers temps où il pratiquait l'opération avec l'anse galvanique, M. Gallard a été plus d'une fois obligé de terminer l'opération avec l'instrument tranchant ou par des applications de cautère actuel.

Dans trois cas, à l'exemple de MM. Verneuil et Trélat, M. Gallard a pratiqué l'opération pour des tumeurs végétantes qui avaient envahi le fond du vagin, la cavité de l'utérus, et dépassaient les parties accessibles à l'instrument. Il a dû se borner à faire des opérations palliatives; mais, dans ces trois cas, il n'en a pas moins eu lieu d'être satisfait de son intervention. Les malades ont été considérablement soulagées; les écoulements sanguins ou sanieux ont été diminués, les forces et le sommeil se sont rétablis et la vie est devenue supportable pendant un temps plus ou moins long.

Dans 9 autres cas, M. Gallard a pu considérer la guérison comme complète, du moins pendant tout le temps qu'il lui a été donné de suivre ses opérées. Chez plusieurs malades qu'il a pu suivre pendant un temps assez long, M Gallard n'a pas vu survenir de récidives sur place, même dans les cas où il ne lui avait pas été possible de dépasser les limites du mal et où il avait dû trancher en pleins tissus morbides. La marche de la maladie a été enrayée par l'opération; elle a été ralentie au lieu d'être accélérée.

M. Gallard a opéré la femme d'un confrère qui, entre autres, avait consulté Depaul. Ce gynécologiste éminent avait diagnostiqué un cancer épithélial de l'utérus et avait conseillé des cautérisations au fer rouge, malheureusement non suivies de succès. En dernier lieu, la malade avait consulté un praticien des plus distingués, qui avait trouvé la maladie trop avancée pour qu'il fût possible d'opérer avec succès.

M. Gallard, consulté à son tour, reçut de l'examen de la malade la même impression. Cependant, il crut devoir proposer l'ablation, sans être le moins du monde assuré du résultat. Il appliqua donc l'anse galvanique, avec l'aide de M. Leblond, et enleva un gros champignon cancéreux qui avait envahi toute l'étendue du col. La pièce, examinée par un histologiste distingué, M. Richardière, fut considérée par lui comme un épithélioma parfaitement caractérisé. On constata, en outre, sur la pièce que les limites du mal n'avaient pas été dépassées; la récidive était donc inévitable.

L'opération avait été pratiquée le 20 mai 1882; après l'application de l'anse galvanique, M. Gallard pratiqua, séance tenante, une cautérisation très énergique au fer rouge.

Le 20 juillet, il constate un nouveau bourgeonnement qu'il réprime par des attouchements avec l'acide chromique. Le 20 novembre, il fait une application de thermocautère.

Il y a aujourd'hui plus de deux ans que cette femme a été opérée; M. Gallard a revu la malade à diverses reprises; elle n'a plus ni écoulement de sang ni écoulement ichoreux; elle a augmenté de 40 livres; elle va, vient, se livre à ses occupations ordinaires et se considère comme étant complètement guérie.

M. Gallard indique les précautions à prendre pour l'application de l'anse galvanique

et auxquelles il attache une grande importance : il faut que l'anse soit bien introduite au fond du vagin et enserre bien la circonférence du tissu à enlever; pour cela, les parois du vagin doivent être fortement écartées soit à l'aide du levier, soit à l'aide du spéculum de Jeffrye, qui dilate bien le vagin en lui donnant une inclinaison favorable à l'introduction et à la manœuvre de l'anse galvanique. Il faut serrer celle-ci, autant que possible, avant de faire passer le courant. Il ne faut pas tirer trop sur le col, dans la crainte d'attirer en bas une partie du cul-de-sac péritonéal, qui pourrait être enlevé pendant l'opération. Il ne faut pas faire passer le courant trop vite, de peur de déterminer des accidents hémorrhagiques plus ou moins graves.

En résumé, dit M. Gallard en terminant, le cancer de l'utérus doit, comme celui de toutes les autres parties du corps qui sont accessibles à l'action chirurgicale, et avec les mêmes chances de réussite, être traité par l'ablation de la partie malade.

L'application de l'anse galvano-caustique, toutes les fois qu'elle est possible, est de beaucoup la meilleure manière de pratiquer cette ablation.

Elle permet d'obtenir une guérison définitive et durable, quand elle est faite dans des conditions telles que toute la partie malade soit enlevée. Elle est utile, même lorsque la section ne dépasse pas complètement toutes les parties envahies, soit qu'elle permette d'arriver à des améliorations longtemps persistantes, et même à une guérison complète lorsqu'il est possible de détruire, par des cautérisations ultérieures, la portion de produit morbide qui n'a pas été enlevée; soit que, dans des cas plus défavorables encore, elle ne serve qu'à ralentir la marche envahissante du cancer et ne produise qu'une amélioration tout à fait passagère, et soulage au moins momentanément la malade en supprimant pendant un certain temps les hémorrhagies et les autres sécrétions pathologiques qui l'épuisent.

Une discussion s'engage sur la communication de M. Gallard, bien que l'honorable médecin de l'Hôtel-Dieu ne soit pas membre de la Société de chirurgie; cette dérogation au règlement est due au libéralisme de M. le président Marc Sée, chaudement appuyé par M. Verneuil qui, dans une courte allocution, a entraîné des collègues qui, du reste, ne demandaient pas mieux que de traiter M. Gallard comme ils avaient naguère traité M. Parrot, en lui accordant avec les honneurs de la séance la complète hospitalité de la tribune.

M. Théophile Anger dit avoir traité avec grand avantage les champignons cancéreux du col de l'utérus au moyen du cautère à gaz hydrogène. On peut exposer pendant 15 à 20 minutes, tous les 5 ou 6 jours, les tissus morbides à l'action de la flamme. On obtient ainsi la cessation des hémorrhagies et des écoulements sanieux. Pour sa part, il préfère ce moyen à l'anse galvanique.

M. Terrillon a pratiqué six fois l'opération de l'amputation du col au moyen de l'anse galvanique. Dans un cas il a vu, non pas pendant l'opération, mais quelques jours après, une hémorrhagie foudroyante qui s'est produite pendant le sommeil de la malade et l'a enlevée en quelques minutes.

M. Desprès, chez une femme qui avait un épithélioma du col utérin semblable à celui de la femme opérée par M. Terrillon, s'est borné à faire de simples applications d'amadou caustique; le col a diminué de volume, puis la cicatrisation s'est faite, et elle dure depuis quatre ans. M. Desprès conclut qu'il ne s'agissait pas d'un épithélioma et qu'il y a eu là, comme il arrive souvent, une erreur de diagnostic, car il n'admet pas qu'une femme atteinte d'un véritable cancer du col puisse vivre quatre ou cinq ans, qu'elle ait été amputée ou non. Tout au plus la vie, en pareil cas, peut-elle se prolonger pendant 18 mois.

M. Desprès ajoute qu'il ne saurait admettre des opérations partielles pratiquées en plein tissu cancéreux.

M. Verneuil rappelle qu'il a pratiqué 20 opérations d'amputation de col utérin cancéreux et qu'il a obtenu ainsi une survie de 19 à 20 mois en moyenne. Il a opéré une malade d'un épithélioma parfaitement diagnostiqué et cette malade a vécu encore six ans après l'opération.

Suivant M. Verneuil, l'ablation du col, quand il est possible de dépasser les limites du mal, est une excellente opération; elle est encore utile, même quand on est forcé de rester en deçà des limites; il préfère à l'anse galvanique l'écraseur linéaire avec la petite modification qu'il a introduite dans cette opération et qui consiste à pratiquer la division en deux de la tumeur pour en faciliter l'ablation de manière à ce qu'elle puisse être pratiquée, dès le début même du mal, par le plus modeste praticien.

M. Polaillon est d'avis que l'anse galvanique, malgré quelques inconvénients, est

supérieure à l'écraseur linéaire, au serre-nœud, au thermo-cautère, et surtout aux ciseaux et au bistouri. Mais lorsque l'opération a été pratiquée, tout n'est pas fini ; il faut voir sur la coupe si l'on a ou non dépassé la limite des parties malades et, dans ce dernier cas, il faut compléter l'opération par des applications de flèches caustiques destinées à détruire ce qui reste des tissus malades. On obtient ainsi des guérisons complètes de tumeurs cancéreuses considérables. Il ne faut pas considérer l'amputation avec l'anse galvanique comme une opération facile et inoffensive ; il est arrivé trois fois à M. Polaillon d'ouvrir le cul-de-sac postérieur du péritoine et, dans un cas, la malade a succombé soit à cet accident, soit à l'influence du chloroforme. Quant à l'ablation totale de l'utérus pour des cas de cancer, M. Polaillon la regarde comme une opération abominable tant que l'on n'aura pas trouvé le moyen de la rendre meilleure et plus innocente. Il lui préfère, et de beaucoup, les opérations partielles qui, dans un cas, ont procuré à la malade quinze années de survie.

M. Marchand est partisan des opérations palliatives comme des opérations curatives. Il a pratiqué plusieurs ablations du col utérin cancéreux avec l'anse galvanique ; il a eu, dans un cas, une hémorrhagie formidable à laquelle la malade n'a échappé qu'avec peine. Contrairement à M. Gallard, il est partisan de l'abaissement de l'utérus et y aide au besoin par la section des culs-de-sac vaginaux. Il a pratiqué l'amputation du col en plein tissu cancéreux et la malade a survécu et a joui d'une très bonne santé. Il a obtenu également de bons effets du grattage et du curage avec la curette de Récamier.

M. Lucas-Championnière n'a pas été aussi heureux que ses collègues dans les opérations qu'il a pratiquées soit avec l'anse galvanique, soit avec l'écraseur linéaire, soit avec le thermo-cautère. Comme M. Desprès et comme M. Jules Bœckel, il pense que beaucoup de prétendus cancers reconnus tels à l'examen histologique ne sont pas des cancers ; la clinique, sur ce point, donne de fréquents démentis à l'histologie. Il connaît, pour sa part, plusieurs cas de tumeurs dites épithéliomateuses de l'utérus qui ont guéri sans opération.

M. Terrier proteste contre la qualification « d'abominable » infligée par M. Polaillon aux opérations d'hystérectomie. Il ne trouve pas que les opérations partielles soient si inoffensives qu'on veut bien le dire. M. Polaillon avoue qu'il a ouvert trois fois le cul-de-sac vaginal ; d'autres chirurgiens ont ouvert la vessie ; d'autres ont eu des hémorrhagies mortelles avec l'anse galvanique. Comme M. Lucas-Championnière, M. Terrier a eu des insuccès, des récidives et des accidents avec les opérations partielles, et c'est pour cela qu'il est devenu partisan de l'extirpation totale.

M. Pozzi déclare qu'il a obtenu d'excellents effets des applications de flèches caustiques de chlorure de zinc renouvelées jusqu'à destruction complète des champignons cancéreux et des ulcérations à bords indurés.

M. Tillaux ne pense pas que l'on soit autorisé à faire des opérations partielles pour des tumeurs cancéreuses, excepté quant il s'agit de remplir quelque indication particulière, comme, par exemple, de réséquer une portion d'amygdale en partie détachée et menaçant de faire périr le malade par asphyxie. Pour l'utérus, M. Tillaux n'admet d'opération partielle que dans les cas où le néoplasme est limité exactement au col. Mais ces cas sont bien rares et il n'est arrivé qu'exceptionnellement à M. Tillaux de pouvoir appliquer la chaîne d'écraseur sur une portion saine d'un col utérin cancéreux. Lorsque le corps de l'utérus est pris avec le col et que les culs-de-sac vaginaux sont envahis, une opération partielle n'est pas admissible. — A. T.

VARIÉTÉS

L'épidémie de fièvre jaune au Pérou en 1883.

Cette épidémie a sévi au Callao, à Lima, à Pisco, à Ica et à Chincha, depuis le milieu de février jusqu'à la fin du mois de juillet 1883. L'intensité maxima de la maladie coïncidait avec le milieu et la fin du mois de mai.

Les chiffres officiels de la mortalité et de la morbidité font défaut, car l'autorité militaire chilienne, qui gouverne le pays depuis la conquête, a dû pour divers motifs dissimuler la gravité de l'épidémie. D'après les renseignements réunis par M. Tallenay, ministre de France au Pérou, et par les supérieures des hôpitaux de Lima et des autres

villes, qui sont toutes Françaises et très dévouées à la France, les cas ont été relativement rares à Lima. Leur nombre ne s'est élevé qu'à 250.

A Chincha, Ica et Pisio, du 1er juin au 15 juillet, la mortalité a été évaluée à 750 décès, chiffre considérable par rapport à la faible population de ces localités. La province du nord, ravagée l'année précédente par une violente épidémie de fièvre jaune, a été moins éprouvée, et le nombre des cas n'a été que de 70, d'après le rapport du vice-consul de France au Callao.

Au Callao, la violence de l'épidémie était telle que, parmi la population hospitalière, le nombre des victimes s'est élevé à 2,500. Dans le cimetière catholique, on a inhumé 922 personnes atteintes de fièvre pendant les premiers mois de l'année, c'est-à-dire au moment de l'épidémie.

En outre, la morbidité parmi les troupes de la garnison et les soldats de la police n'a pas été comprise dans ces évaluations. Le général Lynch, dans son rapport au gouvernement chilien, déclare cependant que les troupes d'artillerie furent strictement réduites « au nombre des soldats nécessaires pour le service des pièces. Le corps des employés « de la douane a été sensiblement éprouvé, et cette importante section a rempli ses « fonctions avec difficulté ». — La mortalité de la garnison n'a pas été inférieure à 1,500 décès au moins.

Parmi les étrangers, la colonie italienne perdit 47 de ses membres et, parmi nos compatriotes, 14 succombèrent. Ce chiffre est relativement élevé, puisque les résidents français dans cette ville sont au nombre de 110 à 120, soit une proportion de 11,5 pour 100. Les Anglais perdirent seulement 3 ou 4 des leurs; mais il faudrait ajouter à cette statistique, pour la compléter, le nombre assez grand des décès survenus à bord des bâtiments de commerce.

La mortalité totale de l'épidémie de fièvre jaune de 1883, au Pérou, est donc de 3,657 individus environ, et la morbidité de 5,000 personnes au moins. La population indigène et étrangère, civile et militaire, a été également atteinte. Enfin, comme cause locale de l'épidémie au Callao, on signale les marécages et les bourbiers des environs de cette ville.

En terminant, il faut noter que cette tendance de la fièvre jaune à l'endémicité et l'expansion de ses foyers, légitime les mesures sanitaires récentes qui étendent la zone d'endémicité à la totalité du littoral américain entre les deux tropiques, en y comprenant les îles. D'après cet arrêté, qui a été pris sur la demande du Conseil d'hygiène, les provenances de ces contrées sont assujetties à une quarantaine permanente dans les ports des Antilles françaises. — C. L. D.

Faculté de médecine de Paris.

Thèses de doctorat du 1er au 12 juillet 1884.

Mardi 1er. — Pas de thèses.

Mercredi 2. — M. Guinard: Du meilleur mode de traitement de la pleurésie purulente. (Président: M. Verneuil.) — M. Dérobert: Traitement topique du psoriasis par l'acide chrysophanique. (Président: M. Fournier.)

Jeudi 3. — M. Beauvois: Du ptosis et en particulier de son traitement chirurgical par la méthode de suppléance du muscle releveur de la paupière supérieure par le frontal. (Président: M. Panas.) — M. Thiroux: Contribution à la thérapeutique du goître par l'iodoforme. (Président: M. Panas.)

Vendredi 4. — M. Mongird: Du carcinome du péritoine. (Président: M. Charcot.) — M. Baena: Des kystes séreux congénitaux du cou. (Président: M. Guyon.)

Samedi 5. — M. Burucua: Du rhumatisme oculaire et de quelques manifestations peu communes. (Président: M. Panas.) — M. Husson: Contribution à l'étude des péritonites avec les cirrhoses atrophique, hypertrophique, graisseuse. (Président: M. Ball.)

Lundi 7 et mardi 8. — Pas de thèses.

Mercredi 9. — M. Salle: Essai sur quelques altérations des vaisseaux lymphatiques dans le cours de la syphilis. Lymphopathies syphilitiques (Président: M. Fournier.) — M. Chatelet: Etude sur la température locale du sein après l'accouchement. (Président: M. Tarnier.)

Jeudi 10. — M. Arami: De l'extension continue avec demi-flexion dans le traitement des fractures du col du fémur. (Président: M. Lefort.) — M. Barrion: Contribution à l'étude de l'hémoglobinurie essentiellement paroxystique. (Président: M. Ball.)

Vendredi 11. — M. Luria: Des injections de nitrate d'argent dans la sciatique. (Prési-

dent : M. Damaschino.) — M. Cholier : De l'arthrite blennorrhagique. (Président : M. Damaschino.) — M. Guérin : Du zona-ophthalmique. (Président : M. Damaschino.)

Samedi 12. — M. Bourgade de la Dardye : De la typhlite rhumatismale. (Président : M. Jaccoud.) — M. Laprévote : Des accidents tétaniformes dans la dilatation stomacale. (Président : M. Peter.)

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 27 juin au 3 juillet 1884. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 991. — Fièvre typhoïde, 43. — Variole, 2. — Rougeole, 41. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 12. — Diphthérie, croup, 26. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 9. — Infections puerpérales, 7. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. aiguë), 51. — Phthisie pulmonaire, 196. — Autres tuberculoses, 13. — Autres affections générales, 66. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 43. — Bronchite aiguë, 18. — — Pneumonie, 57. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 46 ; au sein et mixte, 25 ; — inconnues, 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 85 ; circulatoire, 57 ; respiratoire, 47 ; digestif, 53 ; génito-urinaire, 30 ; de la peau et du tissu lamineux, 8 ; des os, articulat. et muscles, 8. — Morts violentes, 37 — Causes non classées, 4.

Le service de Statistique a compté pendant la semaine actuelle 991 décès au lieu de 962 qui lui avaient été signalés pendant la semaine précédente.

La comparaison des chiffres des dernières semaines fait remarquer une aggravation pour la Fièvre typhoïde (43 décès au lieu de 39 pendant la semaine dernière et 32 pendant la semaine précédente). Le quartier de l'Europe qui comptait plusieurs décès pendant chacune des six dernières semaines, n'en présente que 1 pendant la semaine actuelle.

La Rougeole a subi une notable aggravation (41 décès au lieu de 31). Les quartiers du centre continuent à être de beaucoup les moins frappés. Le quartier du Combat qui avait été le siège d'une forte épidémie pendant six semaines environ, et qui depuis quinze jours paraissait en meilleur état, a compté 4 décès par Rougeole pendant cette semaine.

La Diphthérie continue à diminuer de fréquence (26 décès au lieu de 36), et il est probable, étant donnée la saison, que cette amélioration ira désormais en s'accentuant jusqu'à l'automne prochain. Le quartier Saint-Gervais (2 décès), les quartiers contigus de la Salpêtrière et de la gare (décès) dans aucun de ces deux quartiers) sont les quartiers les plus frappés. Le quartier de la Muette, où nous avons constaté une petite épidémie locale qui a duré six semaines, ne présente pas un seul décès par Diphthérie depuis quinze jours.

Les autres maladies épidémiques n'ont présenté que des variations sans importance ; la Variole (2 décès au lieu de 0), la Scarlatine (3 décès dans chacune des trois dernières semaines), la Coqueluche (12 décès au lieu de 14), doivent être considérées comme rares ; l'Erysipèle a causé 9 décès au lieu de 3, et les Affections puerpérales 7 décès au lieu de 4.

La Bronchite est tombée au chiffre remarquablement faible de 18 décès (au lieu de 21), et la Pneumonie, au chiffre de 57 (au lieu de 59), qui n'est pas élevé. L'Athrepsie des enfants à la mamelle s'élève, sous l'influence de la chaleur, au chiffre de 75 décès (au lieu de 56).

Le service de Statistique municipale a été informé de 391 mariages et de 1,286 naissances d'enfants vivants (663 garçons et 623 filles), dont 943 légitimes et 343 illégitimes ; parmi ces derniers, 48 ont été reconnus immédiatement après la naissance par l'un des deux parents ou par les deux.

Dr Jacques BERTILLON,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

COURRIER

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons la mort des docteurs Lecoisne, à Briouze (Orne) ; Paul, à Amiens ; Duvernoy, à Audincourt (Doubs) ; Viollet, ancien interne des hôpitaux, à Paris ; Emery, à Lyon ; Frenoz, ancien médecin militaire, à Aix-les-Bains.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'AMIENS. — Concours du prix de 1886. — La question proposée est la suivante : *De l'emploi des anesthésiques dans l'accouchement naturel.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

BULLETIN

Académie de médecine, 8 juillet. — Le choléra n'a déjà plus l'attrait de la nouveauté; et cependant le public se presse et semble curieux d'entendre une fois de plus ce qu'on lit tous les matins dans les journaux. En vérité, on dirait que les médecins ont peur!

Ou bien s'est-on souvenu qu'à l'approche des grands fléaux, les Académies voient surgir une kyrielle d'inventions que le charlatanisme ou la bêtise humaine ont toujours en réserve, et a-t-on compté sur le choléra pour égayer le dépouillement de la correspondance? L'attente n'aurait pas été vaine, car c'est la première fois depuis longtemps que cette opération préliminaire n'a pas été fastidieuse.

Voici d'abord un pli cacheté qui nous annonce un remède souverain contre le choléra. M. Bouley s'indigne qu'à l'heure du danger un médecin n'ait pas honte de tenir au secret ses découvertes au lieu de les divulguer ; l'Académie s'indigne à son tour et refuse le pli.

Un autre s'annonce en termes que M. Hardy déclare « un peu vagues ». L'éminent professeur ne veut pas que l'Académie serve de dépôt à tant d'objets de minime importance. Mais entraînée par M. Vulpian, qui demande s'il faudra désormais expliquer sur l'enveloppe tous les secrets qu'on y enferme, l'Académie accepte.

Lettre d'un érudit : « On cherche le microbe? on ne le trouvera pas; car ce n'est pas un microbe, c'est un cryptogame... » Un voyageur, furieux d'avoir été désinfecté dans une gare, rédige une note sur le danger des fumigations chlorées; un autre s'écrie avec reconnaissance : « J'avais un rhume qui ne voulait pas sortir; après la salle de désinfection, mon rhume est sorti. » Pour un de nos confrères, « le choléra est une contracture... »;

FEUILLETON

L'allaitement artificiel a l'époque gallo-romaine.

L'archéologie, selon nous, doit se contenter de recueillir les documents historiques, les mettre franchement en lumière, et éviter les déductions aventureuses qui se rapprocheraient de la légende ou du roman. Libre au lecteur de juger les monuments exposés et de conclure suivant le plan tracé par le chercheur.

Nous ne serons donc pas affirmatif sur la signification des monuments que nous représentons ici ; nous laissons chacun libre de nier ou d'admettre l'emploi que nous croyons devoir assigner à ces *guttus* antiques. Cependant, il nous paraît impossible de ne pas attribuer une grande valeur à ce fait, qu'ils ont été rencontrés auprès des restes d'enfants âgés de 6 à 15 mois, et nullement auprès des squelettes d'adultes.

Les sépultures de ces derniers renferment, en général, comme mobilier funéraire, des poteries en forme de bouteilles, d'assiettes, de coupes, de plats, de bols, etc., mais, depuis plusieurs années que nous explorons notre chère et antique Lutèce, nous n'avons constaté la présence des petites bouteilles en forme de guttus qu'auprès des sépultures d'enfants en bas âge.

Ajoutons que jamais, dans les fouilles qui ont été faites dans les quartiers du Val-de-Grâce et de l'Observatoire, nous n'avons rencontré dans les sépultures d'enfants d'autres poteries funéraires que le biberon en forme de guttus.

un autre le guérit par l'alcoolature d'aconit; un troisième propose un masque à l'usage des médecins qui fréquentent les hôpitaux. C'est à se demander si quelques-unes de ces communications n'ont pas pour unique objet d'exciter le rire; quoi qu'il en soit, l'Académie et le public s'amusent.

Tout autre est l'impression qui se dégage d'une lettre dont voici la substance : M. Fauvel « a quitté Paris pour raison de santé ; il déplore les fausses nouvelles et les statistiques de fantaisie ; prévoyant que les microbes vont entrer en scène, il préfère leur laisser le champ libre, en attendant que le résultat final vienne lui donner raison. Tous les faits confirment ses prévisions ; l'épidémie qui règne à Toulon s'achèvera comme les épidémies de choléra nostras, et les cas « plus ou moins cholériques » signalés à Marseille s'éteindront avec les chaleurs. » Telles sont les idées que M. Fauvel défend « envers et contre tous », et que l'Académie accueille avec des murmures discrets, mais unanimes.

Vient ensuite le discours de M. Rochard, dont la mission, émanée du ministère de la marine, a pris fin quelques jours après celle de MM. Proust et Brouardel. Depuis le jour où ces derniers ont quitté Toulon, la situation s'est aggravée, les cas disséminés ont fait place à de petites épidémies locales. Mais ce que l'orateur met en relief, c'est l'origine du fléau et la négligence des « vieilles doctrines sanitaires ». Non, le choléra n'est pas venu par les navires de Cochinchine! Nous savons, et c'est M. Fauvel qui nous l'a enseigné, que toujours il vient par la mer Rouge ; c'est là qu'il faut lui barrer le chemin. Or, des mesures sanitaires internationales le tenaient en respect et nous ont préservés longtemps ; mais un jour, on les a foulées aux pieds. La France a dit alors : « Prenez garde ! Quand l'Egypte est envahie, l'Europe est à la merci du fléau. » Mais on n'a rien écouté. L'Egypte envahie, nous avons pu croire un instant que la seconde partie du drame nous serait épargnée ; aujourd'hui, notre espoir est déçu. Et l'on nous demande encore par où le mal est entré? Mais par la grande porte qui lui est ouverte là-bas. Nous ne voulons pas récriminer contre des faits accomplis ; mais que du moins cette épreuve soit la dernière, et que de solides conventions internationales nous préservent à l'avenir de pareilles calamités!

Après une courte analyse des caractères séméiologiques de l'épidémie et de quelques traitements mis à l'essai, M. Rochard se livre à une sortie

---

Les moyens artificiels destinés à remplacer le sein de la mère ne sont pas d'invention moderne. Dès la plus haute antiquité et notamment chez les Grecs, non seulement les femmes riches, mais les femmes des simples citoyens se dispensaient volontiers de donner le sein à leurs enfants et se déchargeaient de ces premiers soins en les confiant à des mercenaires ou à des esclaves. Ces dernières étaient traitées avec la plus grande attention par la famille du nourrisson, ainsi que cela se voit encore de nos jours. Toutes les mères n'étaient donc pas des Andromaques, et beaucoup d'entre elles s'attachaient comme aujourd'hui à ménager leurs charmes.

Suivant Euripide, nous avons la certitude que la nourrice était employée dès la plus haute antiquité ; et Plutarque, il y a 1800 ans, montrait déjà que la nature, en remplissant de lait le sein de la mère, lui créait le devoir de nourrir *elle-même* l'enfant qu'elle a mis au jour.

Mais, s'il est avéré que la nourrice était connue des anciens, ce qui nous semble moins connu de nos jours, c'est que les habitants de Lutèce, au temps de l'occupation romaine, connaissaient l'emploi du biberon. Voilà ce que nous essayerons d'exposer d'après nos recherches dans le sol de notre vieux Paris.

Dans une fouille exécutée au quartier Saint-Marcel (*Mons Cetardus*), avenue des Gobelins, 14, et en bordure de l'ancienne rue Mouffetard, nous avons rencontré, à 4 mètres de profondeur au-dessous du niveau actuel, et à 1m50 dans le terrain ancien, une sépulture à même le sol : c'est-à-dire que le corps avait été déposé dans un cercueil en bois de 90 centimètres de longueur sur 30 à 40 centimètres de largeur. Le squelette était celui d'un enfant de 8 mois environ, toutes les dents étaient encore dans leurs alvéoles, sauf deux incisives qui devaient, au moment de la mort, percer la gencive. Le

vigoureuse contre les précautions ridicules, insuffisantes et vexatoires fumigations chlorées et autres, qui remplissent de joie nos administrateurs, et qui ne peuvent qu'entretenir une fausse sécurité. Nous avons le choléra, dit-il, acceptons-le de sang-froid, comme une leçon d'hygiène, et ne perdons pas notre temps à des chinoiseries.

Ce discours très applaudi s'est terminé par le récit de l'arrivée de M. Koch à Toulon. La réception courtoise que lui ont faite les autorités, nos collègues Straus et Roux et M. Rochard lui-même, l'empressement qu'on a mis à lui donner un laboratoire et tous les moyens matériels nécessaires pour mener à bien les travaux dont il est chargé par son gouvernement, ne faisaient doute pour personne. Mais l'orateur appuyait sur ces détails avec un soin particulier, comme pour prévenir les erreurs de mémoire qui, dans les journaux ou ailleurs, pourraient être un jour commises.

L.-G. R.

Hôpital Bichat. — Service de M. le Dr F. Terrier.

Kyste ovarique multiloculaire. — Ovariotomie. — Guérison.

(Observation recueillie par H. Hartmann, interne du service)

Céline Martin, femme Bouvier, 58, rue Beaubourg, âgée de 51 ans, sans profession, est envoyée par M. le professeur Verneuil pour se faire opérer d'une tumeur du ventre; elle entre, le 6 novembre 1883, salle Chassaignac, n° 30.

Il y a huit mois que le ventre a commencé à grossir, sans la moindre douleur au début; depuis environ quatre mois, la malade souffre un peu du ventre et des reins. Une ponction, faite par M. Verneuil, a évacué trois litres et demi d'un liquide verdâtre.

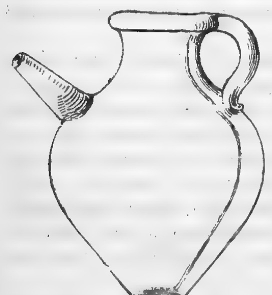
Aucune maladie grave. Réglée à 16 ans régulièrement; mariée à 24 ans; deux enfants; couches bonnes; pas de fausses couches; ménopause il y a un an.

Père mort à 87 ans; mère morte à 75 ans d'une fluxion de poitrine; une sœur morte en couches; 5 frères et sœurs vivants, en bonne santé.

Etat actuel. — Le ventre est développé d'une manière assez uniforme et retombe sur les cuisses. L'ombilic offre son aspect normal. La paroi abdominale ne présente pas

---

frontal, l'occipital, les temporaux et les pariétaux, ainsi que les deux maxillaires étaient dans un état parfait de conservation; les humérus, les radius et les cubitus, ainsi que les fémurs, les tibias et les péronés, étaient aussi relativement bien conservés; seuls les condyles fémoraux étaient en poussière.



A droite de la tête, au-dessus de l'épaule, se trouvait un petit vase en verre très mince, fort irisé, en forme de biberon. A sa partie moyenne se voyait un renflement du verre ayant la longueur et la grosseur du mamelon. Il avait 9 à 10 centimètres de hauteur sur 7 centimètres de largeur, une ouverture de 3 centimètres et une base de 2 centimètres et demi.

Notre émotion fut grande en découvrant cette curieuse sépulture, image de la douleur et de la sollicitude d'une mère, laissant ce vase précieux comme le seul mobilier funéraire digne de son enfant. Dans les cendres produites par la décomposition du corps et des tissus enveloppant le petit habitant de Lutèce, nous avons trouvé une monnaie (petit bronze) à l'effigie de Constantin le Grand.

La crainte de commettre une erreur, en disant que ce petit vase en forme de biberon devait servir à l'allaitement, nous fit remettre à une époque ultérieure la publication de ce fait. Aujourd'hui, nous avons la presque certitude que c'était bien là le meuble précieux du nouveau-né, attendu que, depuis cette dernière fouille, nous avons constaté plusieurs découvertes semblables auprès de squelettes de 8 à 15 mois.

d'altération, à part un développement léger des veines des parties latérales. La circonférence, prise au niveau de l'ombilic, est de 1 mètre 24. Tout le ventre est mat, excepté la partie la plus postérieure des flancs et la région épigastrique. Sensation de flot nette d'un côté à l'autre du ventre. A la palpation, un peu gênée par un développement considérable du pannicule adipeux, on trouve de chaque côté de l'abdomen une masse dure, rénitente, et, entre ces deux masses, une tuméfaction de consistance moindre, plus souple.

Au toucher vaginal, on trouve dans le cul-de-sac latéral gauche une tumeur à laquelle semblent se transmettre les mouvements communiqués à la tumeur abdominale. L'utérus est mobile.

Aucun trouble de la miction. Constipation habituelle. Ni glycosurie ni albuminurie. Bon état général.

Le 20 novembre 1883. — Ovariotomie par M. F. Terrier aidé de MM. Ch. Périer, Just Championnière et P. Berger.

L'incision médiane sous-ombilicale traverse une énorme couche de graisse, peu de vaisseaux sont sectionnés. La ligne blanche incisée, on rencontre encore une épaisse couche graisseuse sous-péritonéale qui est en partie excisée. Le péritoine ouvert, l'incision de toute la paroi est agrandie en haut jusqu'à l'ombilic et en bas jusqu'à 5 à 6 centimètres du pubis.

Le kyste mis à nu, on ponctionne une poche volumineuse et on évacue 3 litres de liquide jaune; par la même ouverture et avec le même trocart, on ponctionne une deuxième poche plus profonde, et on enlève encore 3 litres de liquide séreux et verdâtre.

Comme la masse polykystique ne peut encore sortir par l'ouverture du ventre, celle-ci est agrandie en allant jusqu'au-dessus de l'ombilic; de plus, on évacue une troisième poche kystique renfermant 2 litres de liquide.

La tumeur peut enfin être attirée hors du ventre, elle n'offre ni adhérences pariétales ni adhérences à l'épiploon ou aux intestins.

Le pédicule large, situé à droite, est saisi entre deux grandes pinces courbes (modèle Terrier) et coupé entre ces pinces de façon à enlever la tumeur.

Ce pédicule est lié avec trois fils de soie disposés en chaîne. Toilette péritonéale. Exploration de l'ovaire gauche qui est sain. Suture de la paroi avec sept fils profonds et six superficiels.

L'opération, faite d'après la méthode de Lister, a duré 33 minutes.

La *tumeur enlevée* était un kyste multiloculaire type, composé de plusieurs grandes loges, entourées d'un gâteau polykystique. La quantité de liquide retiré montait à 8 litres et la masse solide à 3 kilogr. 930 grammes.

Le 20, soir. — La malade a eu dans la journée un vomissement aqueux, sans que

---

En avril 1878, dans une fouille exécutée rue Nicolle, on découvrait un petit sarcophage en pierre de taille de 96 centimètres de long sur 53 de large. Ne sachant trop ce qu'il pouvait renfermer, dit le propriétaire de cette sépulture, nous le dégageâmes avec des précautions infinies de la terre qui l'entourait. Cette opération achevée, nous procédâmes avec la plus minutieuse attention à l'ouverture du couvercle; un spectacle des plus étranges et des plus curieux s'offrit à nos regards.

Ce sarcophage renfermait les restes d'un petit enfant paraissant âgé de 2 ans (l'âge indiqué semble exagéré, et doit être réduit à 12 ou 15 mois), auprès duquel était placée une sorte d'ampoule en verre d'un travail exquis et d'une beauté merveilleuse. La tête du petit mort se trouvait en partie couverte par une couche de ciment assez épaisse. Après l'avoir délicatement enlevée, quelle ne fut pas notre surprise en voyant que cette couche de ciment avait formé sur la tête une sorte de masque, et avait pu, après dix-huit siècles, nous conserver intact le visage de l'enfant. Peut-être, dans l'opération du scellement de la pierre, cette couche de ciment, restée adhérente à la paroi du couvercle, s'en était détachée pour aller se fixer sur la tête de l'enfant et en recevoir l'empreinte.

Une simple opération de moulage faite sur place a suffi pour reproduire exactement la figure de ce petit habitant de Lutèce, mort il y a dix-huit cents ans. Nous avons été témoin de cette découverte, et nous avons pu constater que le guttus trouvé auprès de l'enfant était assez semblable à celui que nous avions découvert à Saint-Marcel, et qu'il possédait une espèce de tube devant remplir la fonction du sein. L'étranglement du col de tous ces vases semble fait pour éviter la déperdition du liquide pendant la succion.

Deux découvertes plus récentes faites par nous viennent confirmer l'usage de ces

cependant elle eût des nausées persistantes. Un quart de seringue de morphine. T. 38°9, pouls 96, resp. 30.

Le 21. — A passé une bonne nuit. Champagne dans la journée. Emission gazeuse par l'anus. Une seringue de morphine en deux fois, la malade se plaignant de quelques douleurs abdominales. 38°9, 92 puls., 22 resp., le matin; 39°1, 94 puls., 30 resp., le soir.

Le 22. — La malade a vomi dans la journée, deux heures après l'avoir pris, un peu de lait mêlé d'eau de Vichy. Aujourd'hui, glace, champagne, rhum; une demi-piqûre de morphine le soir. 38°5, 88 puls., 30 resp., le matin; 38°6, 86 puls., 28 resp., le soir.

Le 23. — Bonne nuit. Champagne, rhum, bouillon. 38°4, 84 puls., 24 resp., le matin; 38°6, 90 pul., 26 resp., le soir.

Le 24. — On refait le pansement. On enlève quatre fils profonds et six superficiels. Potages, un demi-litre de lait, champagne. 37°6, 78 puls., 22 resp., le matin; 38°1, 80 puls., 22 resp., le soir.

Le 25. — Potages, lait, rhum; piqûre de morphine. 37°6, 74 puls., 21 resp., le matin; 38°2, 74 puls.; 26 resp., le soir.

Le 26. — La malade quitte la salle d'isolement pour rentrer dans la grande salle. 37°6, 76 puls., 21 resp., le matin; 37°6, le soir.

Le 27. — Deuxième pansement. On enlève les trois derniers fils profonds. 38°3; 38°5.

Le 28. — Malgré l'élévation légère de la température qu'on a observée hier au soir, la malade a passé une bonne nuit. Elle est bien, et, ce matin, la température est de 37°2; le soir, 37°5.

A partir de ce moment, on n'a plus rien à noter, la malade a continué à aller bien; la température s'est toujours maintenue entre 37° et 37°5, à part deux soirs, le 2 et le 3 décembre, où elle est montée à 38°2 et 38°3.

Elle sort guérie le 21 décembre 1883, se promenant déjà dans la salle depuis quelque temps.

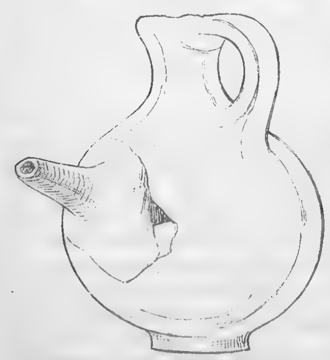
Le 19 juin 1884. — Mme B... jouit d'une excellente santé; son incision abdominale a 19 centimètres de longueur, dont 4 au-dessus de l'ombilic. La cicatrice est un peu épaisse vers l'ombilic qui a été coupé directement lors de l'opération. Il y a une éventration légère, sous-ombilicale.

BIBLIOTHÈQUE

Contribution a l'étude de la phlegmatia alba dolens, par le docteur H. de Brun. Paris, 1884 ; Delahaye et Lecrosnier.

La pathogénie de la *phlegmatia alba dolens* a été, et aujourd'hui encore est très diversement interprétée. Il n'est donc pas étonnant que l'étude de quelques-uns des points

sortes de guttus pour l'allaitement. Les deux vases dont nous allons parler ont été trouvés auprès d'enfants de 6 à 10 mois. Le premier, provenant du quartier de l'Observatoire, remonte à l'époque gallo-romaine, comme le démontrent les différentes poteries découvertes sur le même point, et plusieurs monnaies à l'effigie de Claude, Domitien, Faustine, Valérien et Florien. Il était placé debout et à droite du squelette, touchant l'humérus. Il est composé de terre rouge brique micacée, cuite à une faible température et faisant effervescence à l'acide nitrique. Il mesure 12 centimètres de hauteur sur une largeur de 8 centimètres et demi. Vers le col se trouve un renflement assez semblable au mamelon, de 2 centimètres de longueur, et par lequel s'échappait le liquide. Il repose sur une base de 3 centimètres de diamètre ; l'ouverture ne mesure que 2 centimètres. L'anse du vase est placée de telle façon que, prise de la main droite, le flanc où se trouve le guttus se tourne vers la bouche. Sa contenance est de 15 centilitres environ.



Chez les anciens, le mica (*micare*, briller) s'employait souvent pour décorer les terres cuites à une faible température, et nous rencontrons souvent sur l'antique *Mons Lucotitius* (butte Sainte-Geneviève) des fragments de poteries micacées.

Le deuxième vase, découvert dans le quartier du Val-de-Grâce, est remarquable au point de vue de l'élégance de la forme et de la finesse de la terre.

de cette maladie soit devenue un sujet de thèse inaugurale. M. de Brun a voulu, au moyen de documents nouveaux et sous les auspices de son maître, M. Legroux, apporter quelque clarté au milieu de ces obscurités. Adoptant une opinion moyenne entre la théorie de la *phlegmatia alba dolens* par coagulation sanguine spontanée et la doctrine de l'origine lymphatique des œdèmes blancs, l'auteur considère cette maladie « comme « une affection déterminée par une coagulation veineuse s'accompagnant le plus souvent « d'un œdème blanc et douloureux ».

Après avoir fait le tableau de ses symptômes, il en distingue deux formes : une *forme non infectieuse* prenant tantôt le type commun, tantôt le type latent ; et la *forme infectieuse*, à laquelle il ne s'arrête pas.

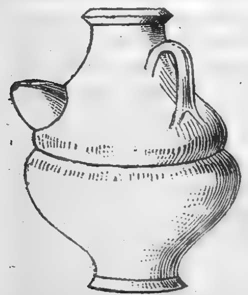
Des chapitres importants de ce mémoire ont pour objet les complications de la *phlegmatia*, c'est-à-dire les embolies, les sphacèles ; son étiologie dans les cachexies et les fièvres graves, et sa pathogénie. Ici, M. de Brun fait valoir des arguments en faveur de la théorie de la coagulation consécutive à une lésion de la surface endothéliale, que cette lésion soit le résultat de modifications de la nutrition des éléments anatomiques de la paroi vasculaire par viciation du sang dans les cachexies, ou qu'elle dépende de troubles trophiques de l'innervation, dans les paralysies par exemple. En effet, il est légitime de prendre en considération, un peu plus souvent qu'on ne l'a fait, l'intervention du système nerveux dans l'interprétation des coagulations veineuses et de l'œdème.

Ecrit avec décision de plume et clarté de style, ce mémoire témoigne aussi, par la sagesse de l'argumentation, de l'esprit clinique qui animait l'auteur. Ce sont là des titres à l'estime et au succès en faveur de M. de Brun et du savant maître qui a inspiré ce travail inaugural. — Ch. E.

REVUE DES JOURNAUX

Sur les effets physiologiques de la kaïrine. — M. Morohowetz, agrégé en physiologie de la Faculté de Moscou, a fait sur les effets physiologiques de la kaïrine des recherches dont voici les résultats :

L'action physiologique de la kaïrine ne s'épuise pas dans l'abaissement de la température. Les changements qu'un milligramme de kaïrine produit dans le sang sont énormes. Dans ses expériences, M. Morohowetz employait la kaïrine dissoute dans une solution à 6. p. 100 de chlorure de sodium, pour éviter l'action de l'eau distillée sur les globules rouges. Le sang reste alcalin, mais sa couleur change d'autant plus vite que la



Ce petit monument, que nous croyons unique, mesure 10 centimètres de hauteur sur 8 de diamètre ; son ouverture est de 2 centimètres, et il repose sur une base de 3 centimètres. La position de l'anse et du guttus jouant le rôle de mamelon est la même que dans le précédent. Le guttus, qui mesure 16 millimètres de longueur, est percé d'un orifice de 3 millimètres. La contenance est de 10 centilitres environ. Ce délicieux petit vase est en belle terre rouge, assez semblable à la cire à cacheter, d'une finesse extraordinaire, ne faisant pas effervescence à l'acide nitrique.

Ce genre de terre, cuite à une haute température, est fort connu et porte très souvent le sigillum du potier, ainsi que des bas-reliefs remarquables comme exécution. La finesse des filets, des contre-filets, en creux ou en relief, marlys, formes d'assiettes, coupes, bouteilles, amphores, etc., indiquent chez l'ouvrier potier mouleur une grande sûreté de main. Les reliefs sont charmants dans leurs proportions ; l'assemblage des figures et les ornements sont heureusement disposés au point de vue décoratif ; les figures nues sont souvent fort bien étudiées et reliées entre elles ou séparées par de beaux ornements en feuillages. Ces sujets sont variés à l'infini : scènes mythologiques, gladiateurs, lutteurs, animaux, chasses, groupes de fleurs, etc. La composition de tous ces motifs est vraiment remarquable, et le soin dans l'exécution est poussé fort loin. Il n'est pas un débris de ces poteries antiques dont on ne puisse tirer un enseignement sur l'art, les coutumes et les costumes de l'époque.

Eug. Toulouze.

solution est plus concentrée. Un courant d'air continu privé d'acide carbonique ne rétablit pas la couleur rouge du sang artériel.

Le spectre du sang change également en raison directe de la concentration de la kaïrine et contient quatre raies de méthémoglobine situées entre les lignes de Frauenhofer C. et F.

Sous l'influence de la kaïrine, les globules rouges prennent une forme en coupole, en même temps que leur partie moyenne proémine d'un côté ou de l'autre.

Leur couleur devient brunâtre et d'autant plus pâle que la solution est plus concentrée. Le nombre des globules ne diminue pas.

Le sang du chien qui vient d'ingérer la kaïrine se coagule presque instantanément après sa sortie des vaisseaux. En résumé, sous l'influence de la kaïrine, les globules rouges du sang, tout en conservant leur proportion quantitative, subissent un changement quantitatif et qualitatif de leur matière colorante; leur hémoglobine se transforme en méthémoglobine, qui se précipite.

Le changement de coloration du sang s'exprime sur un animal vivant par la cyanose à nuance saturnine particulière. Les mêmes phénomènes ont été observés sur l'homme par M. Golouboff à la suite de l'administration de 0,70 centigr. de kaïrine.

Les organes glandulaires sont également influencés par la kaïrine. La salive et la bile coulent plus abondamment à la suite d'injections de cette substance dans le sang ou son introduction dans le duodénum. La bile devient presque noire et visqueuse.

Le pancréas et les reins ne sont pas influencés par la kaïrine. On peut constater son élimination par les reins à l'aide de la réaction de l'acide azotique fumant sur l'urine; un anneau éclatant fauve rougeâtre se forme entre l'acide et l'urine, anneau caractérisant la kaïrine également dans sa solution aqueuse.

Quand la bile est excrétée normalement, cet anneau prend la coloration du spectre et l'urine donne la coloration verdâtre de la biliverdine.

Les modifications de la respiration et de la circulation sont d'autant plus rapides et accentuées que la quantité de kaïrine ingérée a été plus considérable. L'injection directe de la kaïrine dans le sang produit une dyspnée intense accompagnée d'élévation de pression dans l'artère carotide et bientôt suivie de diminution de pression, de raccourcissement des ondes sanguines et de l'apparition du pouls filiforme. A la suite d'ingestion de 1 gr. 80 centigr. de kaïrine, le cœur s'arrête et l'animal meurt par paralysie du cœur, la respiration persistant encore quelque temps et prenant le caractère de la respiration de Stokes. A l'autopsie, on trouve que les cavités du cœur sont dilatées et remplies de sang. L'expérience classique sur la grenouille (avec ligature d'un membre) a démontré que la kaïrine agit comme le curare sur les bouts périphériques des nerfs moteurs.

Chez le chien, M. Morohowetz n'a pas trouvé d'abaissement notable de température (0°5 seulement). Les expériences de Filehne ont démontré que, pour obtenir un abaissement notable de température, il faut recourir à une injection continuelle de kaïrine; au-dessous de 0,25 centigr., elle ne produit même aucun effet. Mais il est très facile de dépasser les doses (la susceptibilité individuelle jouant un grand rôle) et de plonger le malade dans un état tel que la quantité d'oxygène qui lui reste devient insuffisante pour ses besoins physiologiques, la kaïrine ayant retiré à l'hémoglobine une grande quantité de son oxygène.

Le docteur Newiadomsky a tracé un tableau lamentable de la prostration et de la cyanose dans laquelle se trouva une malade atteinte de pneumonie à la suite d'ingestion de 0,40 centigr. de kaïrine. Les mêmes résultats ont été observés chez des malades atteintes d'anémie aiguë, la surface sanguine qui reçoit l'oxygène étant très réduite dans cette affection. Dans un cas de puerpéralité, l'administration de la kaïrine a été aussi déplorable.

Actuellement, le docteur Pawlinkoff continue les recherches sur cette substance. Le docteur Morohowetz termine sa leçon en conseillant aux médecins la plus grande prudence dans son emploi; il considère les affections pulmonaires, cardiaques et l'anémie comme une contre-indication absolue à l'administration de la kaïrine. (*Medicinskoye Obozrénie*, 1884, n° 9.) — Dr Olga Kraft.

L'Épidémie cholérique de 1884.

Le mouvement épidémique s'accentue à Toulon et à Marseille. De plus, d'après des informations diverses qui, toutefois, doivent être acceptées sous réserve, on observerait des cas cholériques en Espagne et dans diverses villes de l'Italie.

A *Toulon*, on a constaté, du 6 au 7 juillet, 18 décès, dont 1 seul dans les hôpitaux de la marine; de sorte que l'épidémie atteint surtout la population civile. Du 7 au 8 juillet, leur nombre s'élève à 17, ainsi répartis: 7 en ville, 2 dans les faubourgs, 2 à l'hôpital civil, 2 à l'hôpital maritime et 2 à l'hôpital Saint-Mandrier. Parmi ces derniers, on signale celui de la religieuse Macédonie, attachée aux salles de cholériques, et dont la mort a impressionné vivement la population toulonnaise.

A *Marseille*, on a constaté, du 6 au 7 juillet, 26 décès cholériques, presque tous en ville, et, de plus, la contamination de plusieurs navires du port. Du 7 au 8 juillet, la mortalité a été de 14 décès pendant la nuit et 12 durant la journée.

A *Aix*, le 8 juillet, on a enregistré 3 décès cholériques dans le même quartier.

A *Paris*, les mesures sanitaires annoncées sont loin d'être mises à exécution, et cette lenteur est un motif de légitime inquiétude, mais non de surprise.

L'insuffisance et le peu d'utilité des fumigations pratiquées à la gare de Lyon paraît enfin avoir été reconnue par l'administration. Aujourd'hui, en effet, elle aurait donné des ordres en partie conformes aux vœux émis par la Société de médecine de Lyon, c'est-à-dire pour pratiquer la désinfection des voyageurs et des bagages, d'abord aux gares de départ de Toulon et de Marseille, ensuite aux gares d'Arles, pour les trains passant sur la rive droite du Rhône, de Perthuis, pour les provenances allant vers les Alpes, et enfin d'Avignon, pour celles qui se dirigent vers le Nord.

Il faudrait cependant posséder une réelle naïveté pour considérer ces mesures comme efficaces, si elles consistent seulement dans les insuffisantes et modestes fumigations chlorées de la gare du chemin de fer de Lyon à Paris.

Il serait plus sage et plus utile de faire passer les bagages à l'étuve et de soumettre les voyageurs à des ablutions, comme les autorités suisses le font déjà actuellement à Genève et vont le faire aux Verrières. — C. L. D.

THÉRAPEUTIQUE

De l'action du perchlorure de fer dans le traitement de la fièvre typhoïde

Par M. le docteur E. Dinaud.

L'assimilation si parfaite du perchlorure de fer par les convalescents nous avait porté à l'employer à la suite des maladies graves, et nous en avions déjà tiré un excellent parti, lorsque nous avons retrouvé dans nos notes un fait intéressant publié par M. Jules Simon, médecin de l'hôpital des Enfants malades.

« J'ai, dit cet éminent praticien, été le témoin d'un fait dans lequel l'action du perchlorure de fer était si manifestement utile que ma conviction s'est formée ce jour-là.

Je soignais une jeune fille de 13 ans, qui, vers le second septenaire de la fièvre typhoïde, présenta des épistaxis très abondantes. Le perchlorure de fer fut administré comme hémostatique pendant quelques jours, puis les hémorrhagies ne reparaissant plus, fut supprimé. Mais, le père, bon observateur, remarqua que l'enfant ne tolérait plus si bien les aliments liquides qu'elle commençait à prendre et me pria de reprendre le perchlorure. Je le fis un peu par complaisance, et je constatai qu'en effet les digestions se faisaient mieux, que l'appétit et les forces renaissaient plus vite. La contre-épreuve fut faite de nouveau par la suppression du médicament. Mais de nouveau la convalescence parut s'enrayer par la diminution de l'appétit et la torpeur digestive. Ce médicament repris, la convalescence suivit une marche régulière.

Depuis lors, je donne méthodiquement, à partir de la fin du second septenaire et jusqu'à la convalescence complète, sauf indications contraires, une goutte de perchlorure de fer dilué dans un peu d'eau, à l'occasion dans une tasse de bouillon ou de potage.

Cela ne veut pas dire que je sois partisan d'aucune médication exclusive et systématique.

Dans la fièvre typhoïde, et quelle que soit l'opinion qu'ait pu faire naître dans les esprits une récente et longue discussion académique, je ne pense pas qu'aucun médicament systématiquement employé, sulfate de quinine, seigle ergoté, acide salicylique, que sais-je encore? guérisse plus rapidement une maladie dont la marche est cyclique; seulement, il y a des indications diverses à remplir, et le perchlorure de fer, dans les conditions où je le préconise, me paraît répondre à plusieurs de ces indications. Réuni à

l'alcool et au laudanum, il constitue, chez les enfants, la base de mon traitement dans la fièvre typhoïde. »

Cette déclaration si nette de M. Jules Simon concorde complètement avec les nombreuses observations qu'il nous a été donné de recueillir lors de notre dernière épidémie. Seulement, nos observations portant sur des adultes et sur des clients d'un âge plus ou moins avancé, il nous a fallu modifier la forme sous laquelle on donne le perchlorure de fer. Chez les enfants, la forme liquide, à petite dose, est excellente. Chez l'adulte, où les doses ont besoin d'être élevées, la forme liquide est moins pratique. Les sensations de brûlure au pharynx rendent l'emploi du médicament pénible. C'est alors que la forme pilulaire rend les plus grands services, et c'est en nous servant des dragées Carbonel au perchlorure de fer que nous avons obtenu d'excellents résultats.

La convalescence de la fièvre typhoïde prend uné régularité des plus satisfaisantes, sous l'influence du perchlorure de fer. Il est prudent de donner le médicament à doses croissantes, en partant de deux dragées par jour, l'une le matin, l'autre le soir, dans une cuillerée de liquide ou de potage. Il faut que l'estomac s'habitue à l'action du perchlorure de fer, et alors on peut augmenter les doses jusqu'à six ou huit dragées par jour, en deux ou trois fois, suivant l'accoutumance. Sous cette influence, l'appétit renaît très vite et se soutient; les dispositions aux hémorrhagies disparaissent. Nous nous retrouvons alors en présence de cette action toute spéciale du perchlorure de fer, action qui le rend si précieux dans les entérites chroniques et les hémorrhagies, où l'emploi prolongé du perchlorure de fer rend de si grands services.

La forme dragée est préférable à la forme liquide. C'est à l'état de sel sec que se présente le perchlorure de fer dans les dragées Carbonel. Elles sont inaltérables et dosées à 0,05 de sel sec, ce qui représente quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces données, qui ont servi de point de départ à nos études, permettront au praticien de retirer les plus grands avantages du perchlorure de fer dans la convalescence de la fièvre typhoïde.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 juillet 1884. — Présidence de M. A. Guérin.

Correspondance officielle.

M. le ministre de l'Instruction publique annonce que sur la proposition de l'Académie de médecine, il a délégué MM. Brouardel et Proust pour représenter cette Académie au cinquième Congrès international d'hygiène et de démographie qui s'ouvrira à La Haye au mois d'août prochain.

Le même ministre transmet une notice de M. le docteur Pigeon (de Fourchambault) intitulée : *le choléra, moyen de s'en préserver*.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une série de pièces relatives au choléra ;

2° Un pli cacheté adressé par M. Alliot. (Accepté.)

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre correspondant national dans la 4e division.

Le classement des candidats est le suivant :

En première ligne, M. Perrier (de Bordeaux) ; — en deuxième ligne, *ex-æquo*, MM. Crié (de Rennes), Lotard (de Lille).

Le nombre des votants étant de 59, majorité 30, M. Perrier obtient 52 suffrages ; M. Crié, 3 ; M. Lotard, 3 ; bulletin blanc, 1.

En conséquence, M. Perrier est proclamé membre correspondant dans la 4e division.

M. le Secrétaire perpétuel donne lecture d'une lettre adressée à M. le Président par M. Fauvel, vice-président, qui, forcé par la maladie de prendre un congé d'un mois, n'a pas voulu quitter Paris sans protester, dit-il, contre les fausses nouvelles et les statistiques de fantaisie publiées par certains journaux relativement à l'épidémie de choléra de Toulon et de Marseille.

« Ma conviction première, dit M. Fauvel, n'a pas été ébranlée, car les faits jusqu'ici connus viennent à l'appui de mes prévisions et je tiens à le redire.

« Je persiste à croire que l'épidémie de Toulon, *quel que soit le nom dont on la qualifie*

aujourd'hui, achèvera son cours à la manière d'une épidémie de *choléra nostras*, c'est-à-dire que née à Toulon, elle s'y éteindra *sans se propager au dehors* de son foyer de manière à devenir le point de départ d'une épidémie qui envahirait la France

« J'ajoute qu'à mon avis les cas épars, *plus ou moins cholériques* et plus ou moins nombreux signalés à Marseille, s'y éteindront rapidement *avec la fin des grandes chaleurs* sans avoir donné naissance à une véritable épidémie de choléra asiatique.

« Si, comme je le crois, ce pronostic se vérifie, j'estime que le public n'en demandait pas davantage et se montrera très satisfait de ce *résultat final*, prévu et annoncé envers et contre tous. »

M. J. Rochard, à l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, demande la parole pour exposer ce qu'il a eu l'occasion d'observer à Toulon, dans les derniers jours qui ont précédé son départ de cette ville.

La maladie a continué son cours et a même pris en ville un peu plus d'extension. Le chiffre des décès, qui s'était maintenu longtemps entre 8 et 10, s'est élevé à 15 et à 17, puis à 18 et hier il a été de 20.

La localisation par maisons et par quartiers s'est nettement prononcée. Les cas intérieurs ont augmenté dans les hôpitaux et de nouveaux décès ont eu lieu dans les villages voisins. En un mot, le caractère de la maladie s'est accentué de la manière la plus nette. Tous les doutes à cet égard sont depuis longtemps dissipés.

Au moment du départ de M. J. Rochard, il n'y avait pas eu de décès dans les hôpitaux depuis deux jours, et le nombre des entrants avait notablement diminué. Depuis, la situation s'est un peu aggravée, et, aujourd'hui, on compte 140 cas et 29 décès, ce qui ne fait guère que 1 cas de mort sur 5. En ville, il y a eu 130 morts; il est impossible de savoir quel était le nombre des malades. En résumé, cela donne en tout 159 décès en 24 jours pour une population qui s'élève encore à plus de 50,000 habitants, malgré l'émigration; mais, ce qui alarme à juste titre la population, c'est que, dans les épidémies précédentes, le choléra a montré la même bénignité à son début. On comprend que de pareils souvenirs soient de nature à alarmer la population de Toulon, et à imposer aux médecins de la marine un pronostic sévère.

M. Rochard espère que leurs prévisions ne se réaliseront pas complètement, et il puise cette espérance dans le petit nombre des décès et dans la bénignité de la plupart des cas. Il a surtout confiance dans les mesures qui ont été prises, principalement la dissémination des marins et soldats, et les excellentes conditions hygiéniques dans lesquelles on les a placés. Quant à la population civile, on a fait également tout le possible pour la préserver. L'autorité municipale n'a rien ménagé pour mettre la ville en état de recevoir l'ennemi, et de réaliser pour elle les conditions d'une propreté relative.

En ce qui touche à la question de l'importation, M. Jules Rochard pense que, du moment où le choléra avait envahi l'Egypte, il fallait s'attendre un jour ou l'autre à le voir arriver en Europe. Les avertissements n'ont pas manqué de la part de la France, et nous voyons aujourd'hui les tristes résultats du mépris que l'on a fait de ces avertissements. La digue qui nous protégeait a été rompue et l'inondation s'en est suivie. Ce nouveau malheur doit au moins nous servir de dernière leçon, et, l'épidémie passée, il faudra que les gouvernements de l'Europe reviennent aux mesures qui nous ont si longtemps et si efficacement préservés.

M. Jules Rochard donne ensuite quelques détails intéressants sur les principaux caractères des cas de choléra qu'il a observés à Toulon et sur les moyens qui ont été mis en usage pour combattre les phénomènes morbides : injections sous-cutanées de morphine et d'éther, injections d'atropine, inhalations d'oxygène, etc.; tous ces moyens n'ont guère eu qu'une action temporaire, et les injections sous-cutanées de morphine ont dû être abandonnées.

Il pense, en somme, que ce sont surtout les mesures sanitaires préservatrices sur lesquelles il y a le plus lieu de compter. Il ne croit pas à l'efficacité des fumigations imposées aux voyageurs et à leurs bagages, mesures purement vexatoires et qu'il qualifie de chinoiseries.

Il termine en disant quelques mots sur l'arrivée de M. Koch (de Berlin), venu à Toulon avec une mission de son gouvernement, et sur l'accueil qui lui a été fait par les autorités françaises.

Le discours de M. Jules Rochard a été salué par de nombreux applaudissements.

M. Mesnet commence la lecture d'un travail intitulé : *De la valeur séméiotique des manifestations abdominales dans le cours des épidémies cholériques et sur les troubles du système nerveux de la vie organique, comparés aux troubles du système nerveux de la vie de*

relation dans la période algide et dans la période de réaction du choléra. M. Mesnet terminera sa lecture mardi prochain.

La fin de la séance est occupée par une discussion au sujet de deux propositions émanées l'une de M. Besnier, l'autre de M. Féréol, et relatives toutes les deux à la fête du 14 Juillet. Ces propositions avaient pour but d'appeler l'attention de l'Administration sur les dangers de la présence à Paris, dans les circonstances actuelles, de l'agglomération d'étrangers que la fête du 14 Juillet ne manquerait pas d'amener à Paris.

Après une discussion confuse à laquelle un grand nombre de membres ont pris part, la proposition de M. Besnier a été adoptée par 15 voix contre 10. Elle est ainsi conçue : « L'Académie, estimant que la réunion d'un grand nombre d'étrangers à Paris, et l'agglomération de la population dans les circonstances présentes, et même en l'absence d'une épidémie, pourrait avoir des résultats fâcheux pour la santé publique, croit de son devoir de signaler le danger de cette agglomération. »

— A cinq heures, l'Académie se réunit en comité secret.

VARIÉTÉS

ÉRECTION D'UNE STATUE A LA MÉMOIRE DE JEAN-BAPTISTE DUMAS DANS SA VILLE NATALE, A ALAIS (GARD).

Le Comité provisoire de patronage s'est réuni le samedi 7 juin, au palais de l'Institut; il a formé son Bureau et arrêté la liste définitive de ses membres.

Ont été nommés président : M. Pasteur, de l'Académie française et de l'Académie des sciences; — vice-présidents : MM. J. Bertrand, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences; F. de Lesseps, de l'Académie française et de l'Académie des sciences; Cauvet, dircteur de l'Ecole centrale des arts et manufactures.

Suit une liste de 57 membres nationaux, 29 membres étrangers, 15 « hommes de lettres ».

Le comité étant constitué, M. Emile Pin, conseiller général du Gard, délégué de la Société scientifique et littéraire d'Alais, a donné lecture d'une communication dont les termes suivent :

Messieurs,

Quand la nouvelle de la mort de M. Jean-Baptiste Dumas fut connue à Alais, spontanément tous ses compatriotes déclarèrent qu'une statue devait être élevée, sur une des places de sa ville natale, au grand savant qui, par la force de sa volonté et la puissance de son génie, avait conquis depuis longtemps le premier rang dans le monde scientifique.

La Société scientifique et littéraire d'Alais, dont M. Dumas était membre honoraire, a pensé qu'elle devait prende l'initiative de cette œuvre généreuse et patriotique. Réduite à ses propres ressources, elle ne pouvait pas réussir. Mais elle a été convaincue qu'en faisant appel à la coopération de tous les hommes de science, des grands écrivains, des hommes de lettres, des grands industriels qui avaient su apprécier depuis longtemps les éminentes qualités de notre illustre compatriote, de tous les représentants légaux du département du Gard, le succès était assuré.

C'est pour cela, Messieurs, que la Société m'a délégué auprès de vous.

Le comité de patronage sera par vous formé. Nous avons dû nous borner à indiquer quelques noms.

Le nom de M. Pasteur, l'illustre disciple de M. Dumas, qui rend tous les jours de si éminents services à l'humanité, nous était naturellement indiqué comme devant être le président du comité. Nous ne pouvions pas d'ailleurs oublier que le département du Gard doit à M. Pasteur un juste et éclatant témoignage de reconnaissance, pour ses admirables travaux sur la maladie des vers à soie.

Notre sympathique compatriote, M. le colonel Perrier, a bien voulu nous aider de ses précieux conseils.

Des hommes comme M. Dumas étant l'honneur et la gloire de l'humanité, il ne fallait pas se borner à un comité exclusivement français. Aussi, Messieurs, nous avons cru qu'il fallait rendre la souscription universelle, en sollicitant le concours des savants du monde entier.

Si, comme j'en ai la ferme assurance, le succès répond à notre espoir, nous serons heureux et fiers de recevoir dans notre vieille ville cévenole ceux de vous qui voudront

bien honorer de leur présence la fête que nous célébrerons en l'honneur du plus illustre et du plus glorieux de nos compatriotes.

Vous verrez un pays qui, pour le savant, le littérateur, l'artiste, offre un champ d'explorations intéressantes et variées. Vous serez assurés d'y trouver une hospitalité, peut-être un peu simple, mais empreinte d'une franche et sincère cordialité.

(Les souscriptions sont reçues à Paris, au Palais de l'Institut de France.)

Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine.

Séance du 20 juin 1884.

M. le docteur Loiseau a visité, rue Saint-Martin, une école libre dans laquelle un grand nombre de cas de rougeole avaient éclaté en même temps, à la suite d'une promenade pendant laquelle les enfants avaient été conduits au square des Arts-et-Métiers. Seuls les enfants qui avaient eu la rougeole antérieurement avaient été épargnés. La maladie du reste a été absolument bénigne. Conformément aux conclusions de son rapporteur, le Conseil croit devoir à cette occasion signaler la nécessité d'une inspection médicale des écoles libres analogue à celle qui est instituée pour les écoles municipales.

M. le docteur Lagneau s'est rendu rue Faraday où deux personnes de la même famille, la concierge et sa fille, avaient été atteintes de scarlatine. Il y avait danger dans l'espèce à ce que la contagion s'étendît aux locataires de la maison. Le Conseil, sur l'avis de M. le docteur Lagneau, a prescrit les mesures nécessaires pour éviter que les locataires ou visiteurs pénétrassent dans la loge et pour que la désinfection fût opérée avec le plus grand soin, aussitôt que les malades auront pu évacuer ce local.

COURRIER

Concours. — Par arrêté ministériel en date du 2 juillet 1884, les concours pour les bourses de doctorat près les Facultés de médecine et les concours pour les bourses de pharmacien de 1re classe près les écoles supérieures de pharmacie auront lieu annuellement dans la dernière semaine du mois d'octobre.

— Le concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris s'ouvrira le lundi 3 novembre 1884, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'Administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3.

Les élèves sont admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de une heure à trois heures, du 21 juillet au 14 août inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours de la première division devra être déposé au secrétariat général, conformément au règlement, avant le 15 août 1884, dernier délai.

Société nationale d'agriculture de France. — La Société nationale d'agriculture de France a tenu mercredi sa séance publique annuelle et procédé à la distribution des récompenses.

Parmi les lauréats nous citerons les noms de M. Joannès Chatin, maître de conférences à la Faculté des sciences de Paris, pour ses études sur la ladrerie des moutons ; M. Muntz chef des travaux chimiques à l'Institut national agronomique ; M. Paul Cagny, vétérinaire, pour ses recherches sur l'emploi des injections sous-cutanées ; M. Brousse, vétérinaire, pour ses études expérimentales sur la vaccination charbonneuse.

Académie des sciences. — L'Académie des sciences a procédé lundi dernier à l'élection d'un membre de la section de chimie, en remplacement de M. Wurtz.

La section présentait, en première ligne, M. Troost ; en deuxième ligne, M. Schutzenberger ; en troisième ligne, MM. Gautier, Grimaux, Jungfleisch.

M. Troost a été nommé au premier tour par 50 voix sur 56 votants.

M. le docteur Edmond Langlebert et son fils nous prient de faire savoir qu'ils sont complètement étrangers à la préparation ainsi qu'à l'annonce faite dans les journaux politiques par un pharmacien homonyme, sous le nom de *Sublimol Langlebert*, d'un remède contre le choléra.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

La pathogénie de la pneumonie au Congrès des médecins allemands en 1884.

L'épisode le plus important, on pourrait dire « le clou » du troisième Congrès de médecine interne, tenu à Berlin les 21, 22 et 23 avril dernier, devait être le débat sur la pneumonie et sa nature infectieuse. En plaçant cette question dans le programme, les organisateurs du Congrès ont tenu compte du courant de l'opinion médicale de leurs confrères; puisque dans les pays de langue allemande, on paraît, plus que partout ailleurs, disposé à faire table rase des données traditionnelles sur l'étiologie de la pneumonie, et accepter généralement l'intervention toute-puissante d'un microbe pneumonique pathogène.

L'idée de placer cette affection parmi les maladies à microbes a donc fait, au delà du Rhin, la conquête de nombreux observateurs, et la faveur qu'elle rencontre sera pour les futurs historiens de la médecine du siècle, un témoignage des tendances contemporaines de la science germanique. Cependant, avant de céder d'enthousiasme aux arguments des uns ou d'entrer de parti pris dans l'opposition de quelques autres, il y avait place et il y a encore place pour de tels débats. Le dernier mot n'en a pas été dit en Avril dernier, il reste encore à dire en Juillet, et à Berlin comme ailleurs le rôle du microbe pneumonique n'est pas invinciblement établi.

Et cependant, après les communications récentes aux Sociétés savantes, était-ce donc espérer l'impossible que d'attendre des observateurs allemands la fixation du signalement morphologique de ce micro-organisme, de ses modes de culture et enfin des résultats de son inoculatiou aux animaux ? De plus, n'allaient-ils pas établir les relations d'identité entre la pneumonie vraie et la pneumonie à microbes, c'est-à-dire l'identité de toutes les pneumonies et l'unité de la pneumonie? Voilà des points à préciser pour infirmer ou confirmer, sur le terrain expérimental comme au lit du malade, la théorie parasitaire de cette maladie.

Les congressistes des bords de la Sprée ont-ils dévoilé ces inconnues? Leurs travaux vont répondre. Dès à présent d'ailleurs, il faut le reconnaître, au lieu de donner de nouvelles preuves expérimentales directes et convaincantes, ils ont fait effort pour réfuter et

---

FEUILLETON.

CAUSERIES

De quoi parler aujourd'hui, si ce n'est du choléra? Il est bien loin déjà l'heureux temps où l'illusion était possible, où M. Fauvel proclamait, du haut de la tribune de l'Académie de médecine, que l'épidémie de Toulon était du choléra *nostras*, où l'on se frottait les mains et où l'on s'abordait partout avec des paroles consolantes sur le peu d'importance de cette alerte. Tout cela n'est plus qu'une légende; le choléra s'est bientôt démasqué, son authenticité n'est plus douteuse maintenant, et ce qu'il y aura eu cette fois-ci de plus sporadique dans son histoire, c'est l'opinion de M. Fauvel.

La journée du samedi 29 juin a vu éclore et circuler dans Paris la nouvelle de la maladie et de la mort du professeur Brouardel, et le lendemain matin, elle avait pris assez de consistance, dans certains milieux soi-disant bien informés, pour qu'on craignît à chaque instant de la voir officiellement confirmée. M. Brouardel a démenti lui-même ce canard, et soulagé ainsi d'une vive anxiété tous ceux qui lui sont attachés par l'amitié, par la reconnaissance, par les sympathies du cœur et de l'esprit. C'est dire qu'il y avait beaucoup de gens inquiets qui, de près ou de loin, ont salué avec joie le retour du maître.

Le corps médical ne devait pas tarder cependant à payer son tribut au choléra, et notre collègue de la marine, le médecin de 1re classe Borel, est inscrit le premier sur la liste des victimes du devoir dans l'épidémie toulonnaise. Il a été suivi de près

prévenir les objections de leurs adversaires. C'était, à la démonstration directe, préférer, ce me semble, l'argumentation latérale; en un mot, tourner les difficultés et non les résoudre. Habile stratégie assurément.

Voilà pourquoi, en ouvrant le débat sur la *pneumonie vraie, son étiologie, sa pathologie, ses formes cliniques et son traitement*, M. Jurgensen (de Tubingen) s'arrête brièvement sur les variations des doctrines pathogéniques de cette maladie, les rejette toutes, et, par élimination, considère comme seule vraisemblable la dernière et récente conception des pathologistes. C'est poser une prémisse et dire que la pneumonie est une maladie à microbes dont l'inflammation pulmonaire est seulement symptomatique.

Soit; cependant il fut un temps où le froid passait pour être le principal facteur de la maladie. *Frigus unica pneumoniæ causa!* Parmi les auteurs, les uns font intervenir son influence vingt fois sur cent. Les autres l'invoquent plus modestement dans deux pneumonies *a frigore* contre quatre-vingt-dix-huit provoquées par d'autres causes. De plus, les chiffres de sa propre statistique sont en désaccord avec ces évaluations, puisqu'en dix années il a vu cette relation être exprimée par la fraction 4,1 pour 100. Assurément, objectera-t-on peut-être, cette proportion est faible; mais elle n'est pas nulle cependant. Qu'à cela ne tienne, répondent les partisans de la théorie parasitaire! Le froid est sans doute une cause de pneumonie, mais son influence est secondaire, accessoire; il produit un état catarrhal et prépare en quelque sorte le terrain à l'implantation des germes infectieux.

M. Jurgensen s'élève aussi contre l'erreur de mettre au nombre des causes prédisposantes l'état pléthorique et le tempérament sanguin. Bien loin d'être la maladie d'individus robustes, la pneumonie est plutôt celle des personnes affaiblies. Le fait n'est pas de haute nouveauté, ce me semble. Il en serait ainsi dans 18 pour 100 des cas d'après Dittel, dans 21 pour 100 d'après Flint et dans 29 pour 100 d'après Immermann. De plus, les trois cinquièmes des cas s'observent durant l'enfance et les deux cinquièmes dans l'âge adulte. Cet argument n'a pas le mérite d'une découverte, et l'orateur aurait pu s'en convaincre facilement par la lecture ou le souvenir des cliniciens français.

A défaut de l'influence du tempérament, M. Jurgensen invoque, avec Keller, celle de l'état atmosphérique et du climat, l'humidité du sol et les mouvements de la colonne barométrique. Toutes causes favorisant, paraît-il, le développement des poisons vivants.

La pneumonie est une maladie de maison comme la fièvre typhoïde, et il en trouve une démonstration dans un fait personnel. Car ayant soigné cette maladie chez les habitants d'une maison d'Arenberg, il rencontra des microcoques dans les poussières des murs de la chambre des malades! Ce n'est pas tout, la possibilité de la contagion d'une personne à une autre serait prouvée, quoique rare. Cette affirmation trouve un appui dans l'opinion de Flint, qui admettait ce mode de propagation de la maladie dans les deux tiers des cas qu'il observait.

---

par les sœurs de charité, dont une a déjà succombé, dont plusieurs autres semblent désignées pour le même sort. L'alliance traditionnelle du médecin et de la sœur de harité s'est donc renouée devant le fléau, et vite le choléra a reconnu les siens. Il est à remarquer que, dès son apparition à Toulon, il n'a pas été question le moins du monde de renforcer le personnel des hôpitaux par voie de laïcisation, mais au contraire d'y appeler un plus grand nombre de sœurs de charité; c'était pourtant une belle occasion pour les remplaçantes des sœurs de gagner leurs éperons. Je ne doute pas que les nfirmières laïques sachent se dévouer pour les cholériques et mourir de leur mal aussi bien que les sœurs, je constate seulement qu'à Toulon, pour être plus sûr de tomber juste, on a tout de suite pensé aux sœurs.

*
* *

Et l'on n'a pas trouvé la provenance exacte du choléra de Toulon, malgré toutes les enquêtes sur ses origines. Le public s'est contenté de l'histoire des shakos débarqués du *Montebello*, dans les flancs duquel ils étaient restés enfouis depuis la guerre de Crimée. On a beaucoup parlé du transport la *Sarthe*, et il plane encore quelques soupçons sur ce navire, comme agent d'importation du choléra. Est-ce la Cochinchine et le Tonkin qui nous l'ont envoyé, par une filiation difficile à reconstituer? Pourquoi ne serait-ce pas aussi bien l'Egypte, où a sévi l'épidémie cholérique la plus récente et la plus voisine de nos côtes?

Remonter à la guerre de Crimée ou à quelque épisode lointain de nos dernières communications avec l'Indo-Chine, pour y trouver après coup les germes du choléra de

Voici une autre question : celle de l'unité ou de la multiplicité des agents infectieux pneumoniques. On a objecté que la diversité des formes de pneumonie, suivant les individus et les épidémies, était un fait contraire à la théorie parasitaire de cette maladie. M. Jurgensen les explique raisonnablement d'après les variations dans l'extension ou le développement des germes infectieux. D'ailleurs, charriés par le sang, ces micro-organismes colonisent dans d'autres tissus que le poumon ; de là les néphrites avec des cocci dans le rein, de là des lésions des méninges et des altérations stomacales, toutes circonstances donnant raison des irrégularités de la marche de la pneumonie.

Aussi, au point de vue clinique et en mettant hors de cause ces complications, on devrait, à l'avenir, diviser les pneumonies en trois groupes cliniques : 1° les cas de pneumonie avec symptômes infectieux généraux ; 2° les cas avec troubles cardiaques ; 3° ceux avec lésions pulmonaires dominantes. Après cela, est-il besoin de le dire, on peut facilement faire le procès des médications classiques et déclarer que toute la thérapeutique de la pneumonie doit être antiseptique. Malheureusement, cette médication est encore à trouver en Allemagne aussi bien que dans les autres pays. D'où cette conclusion que la pneumonie vraie est une maladie infectieuse, plus fréquente chez des individus affaiblis, rarement produite par le froid et dont vraisemblablement un coccus est le principal sinon l'unique facteur morbigène.

On ne saurait par conséquent trop bien connaître ce coccus et M. Frankel essaye de compléter sa monographie. Il se distingue, dit-il, par une capsule enveloppant parfois et non pas toujours un seul ou bien deux de ces micro-organismes. La présence de cette capsule, objet de discussions entre les histologistes, serait donc enfin démontrée par la solution de violet de gentiane qui aurait la propriété de la colorer en bleu.

Cet expérimentateur a aussi fait connaître le résultat de ses expériences sur les animaux. Sur le lapin, l'inoculation ne donne pas d'effets uniformes ; sur la souris, elle provoque des pleurésies et des pneumonies, mais sur le chien les résultats sont encore plus inconstants. Néanmoins M. Frankel est convaincu et conclut que le coccus de la pneumonie est isolable par la culture et inoculable aux animaux d'espèces différentes, mais que la variabilité des effets produits et la virulence des cultures dépendent de différences dans l'expérimentation. De plus, il déclare que la capsulation et les « nagel-cultur », appartenant aussi à d'autres microbes, ne peuvent servir à distinguer les cocci pneumoniques de ces derniers.

C'est un peu l'opinion de M. Friedlander (de Berlin). A son avis, ces caractères, malgré toute leur valeur ne suffisent pas pour fixer la diagnose de l'espèce microbique, puisque d'autres cocci les possèdent aussi. Quant à leur rôle infectieux, il n'est pas douteux, puisqu'il les a trouvés dans le sang des individus en puissance de pneumonie. La multiplicité des formes cliniques n'est donc pas la négation de l'unicité de l'agent infectieux, et on en trouve la raison dans les différences d'évolution du même coccus.

Toulon, n'est-ce pas chercher à côté et laisser peut-être dans l'ombre la véritable raison de ce qui arrive? Il y a deux ans, le choléra était en Egypte, traité par les Anglais avec le sans-façon qu'on n'a pas oublié; combien de navires et de voyageurs sont venus depuis lors à Toulon, quelle quantité de marchandises y a été débarquée, qui ont bien pu déposer çà et là les contages en pleine évolution aujourd'hui? Faute de solution précise et d'importation évidente, n'est-ce pas l'hypothèse la plus plausible, que de rattacher l'épidémie de Toulon à celle d'Egypte, étant donnée la profusion de fils invisibles par lesquels elles peuvent tenir l'une à l'autre?

*
* *

De quelque part qu'il vienne, le choléra est venu, voilà l'essentiel. Et il se répand tout doucement dans notre belle Provence, installé à Marseille, faisant apparition à Aix, et prêt à aller plus loin, malgré le redoublement d'efforts qu'il a suscités partout. Car c'est la nouveauté et la compensation de cette épidémie, que les progrès dont elle a fourni la démonstration en matière d'hygiène publique. L'empressement des autorités, la curiosité et la soumission de chacun pour toutes les mesures préservatrices du choléra, étaient choses inconnues autrefois, et sont le résultat de l'éducation scientifique de notre époque et de l'acceptation formelle des règles de l'hygiène au nombre des lois de salut public.

Le consentement sur ce point est assez unanime pour qu'on n'hésite plus à accorder à l'hygiène publique et à la police sanitaire la part qui lui revient de droit parmi les attributions du pouvoir, en créant cette direction ou ce ministère de la santé qu'on entre-

Cette opinion est partagée par M. Gehrardt (de Wurtzbourg). Il n'hésite pas à considérer les divers incidents pathologiques de la maladie, pleurésie ou méningite, par exemple, comme des manifestations locales du virus.

M. Frantzel va plus loin et donne les organes respiratoires pour voie de pénétration des cocci dans l'organisme et le sang. L'ictère de la pneumonie serait même le résultat d'altérations des globules de ce liquide par les agents infectieux? Enfin, maladie de maisons, d'hôpitaux, de pensions, de casernes, c'est-à-dire de milieux où la population est agglomérée, la pneumomie aurait l'air atmosphérique pour véhicule de ses germes infectieux.

Par contre, la théorie parasitaire ne trouve pas grâce auprès de M. Rühle (de Bonn). Dans sa réponse aux précédents orateurs, il déclare que la nature infectieuse de la maladie n'est pas établie aussi solidement que le prétendent les avocats de la nouvelle doctrine. Les cocci n'existent pas toujours, et de plus, l'accord est encore à établir entre la théorie parasitaire et l'étiologie des divers cas de pneumonie. Cette réserve à l'égard des résultats expérimentaux est partagée par M. Rosenstein (de Leyde), qui n'admet pas l'unité de la pneumonie.

Au terme de ce débat, il me semble que M. Baümler (de Fribourg) déclarait avec raison que la solution de ce problème pathogénique n'est pas encore obtenue. On a bien découvert des cocci dans le sang et les tissus des pneumoniques; mais c'est là un fait d'observation. Et, après tout, leur rôle est encore à démontrer puisque les expériences sont contradictoires. De plus leur rôle étant établi, il faudrait encore chercher si la pneumonie est une maladie primitivement locale ou bien une maladie infectieuse dès le début avec localisations pulmonaires, rénales, méningitiques ou autres?

Autant de questions qui restent en suspens après le Congrès de médecine berlinois. Il y avait lieu cependant d'en espérer la solution, après les récents travaux des observateurs allemands, autour desquels on avait fait si grand bruit. Et il n'en est rien. Vraiment ce doit être une déception pour ceux qui croient que la lumière vient toujours de l'Orient. En tout cas, ce n'est pas un triomphe pour les orateurs qui, dans de telles discussions ont perdu mémoire des travaux et des noms des savants français, comme si la médecine n'avait d'autre foyer que les pays d'outre-Rhin et datait seulement de l'année 1870. — C. L. D.

Lettres de Belgique.

Les livres. — Parmi les ouvrages de médecine qui ont été publiés en Belgique dans ces derniers temps, il en est quelques-uns qui méritent une mention spéciale.

---

voit à l'horizon, et qui aurait rendu de grands services dans les circonstances actuelles. Il n'est plus besoin d'argumentation ni de logique pour faire comprendre que la préservation des épidémies et la santé de tout un pays sont aussi dignes de sollicitude que les travaux publics, les chemins de fer ou les tabacs. On voit même, en ce moment, que le commerce et la vie matérielle d'une région sont sous la dépendance absolue des questions sanitaires; il faut donc que celles-ci soient traitées, non seulement avec sollicitude et avec compétence, ce qui n'a point manqué, mais aussi avec résolution, avec rapidité et surtout avec l'unité de vues qui fait défaut jusqu'ici, et dont l'absence n'est pas sans entraîner quelque désarroi dans la lutte contre le choléra. Plusieurs ministères ont à intervenir dans cette campagne; ils ne sont pas toujours d'accord; les uns ont des idées arrêtées, les autres hésitent et répondent par des échappatoires aux demandes d'instructions de leurs agents. On ne verra plus cela avec un ministère de la santé publique, où tout sera fixé d'avance pour de semblables éventualités, et qui aura par devers lui tous les pouvoirs et toutes les responsabilités aujourd'hui éparpillées à droite et à gauche.

*
* *

Toutes les mesures prescrites et appliquées en vue du choléra ne l'atteignent pas directement, et quelques-unes sont d'une efficacité contestable. Mais de tout ce mouvement, il restera quelque chose, et si la prophylaxie spéciale du choléra n'est pas toujours réalisée, l'hygiène générale tirera du moins un grand bénéfice de cette poussée d'assainissement et de précautions qui se fait sentir partout.

Un résultat important sera d'avoir réduit à de sages proportions la confiance univer-

1. *Cours de médecine opératoire* fait à l'Université de Louvain, par F. LEFEBVRE et T. DEBAISIEUX. — Tome second. — Opérations générales, Van In et Ch. Peeters, édit. pp. XXVIII-899. Louvain, 1883. — Le *premier volume* de cette importante publication a paru en 1881; il comprend les considérations générales, les pansements, les bandages et appareils de fractures, la petite chirurgie. Le *tome second*, enrichi de 177 figures intercalées dans le texte, est consacré aux opérations générales.

Nous y signalerons comme nouveaux, ou plus spécialement mis au courant des progrès de la science, parmi les opérations *simples* : les chapitres relatifs au raclage, à la cautérisation par le thermo-cautère et l'électricité, aux ponctions aspiratrices, etc.; parmi les opérations *composées* ou *complexes*, le traitement des diverses espèces de *tumeurs*, celui des plaies, et en particulier de celles par *armes à feu*, avec tous les perfectionnements que l'expérience des dernières guerres y a apportés; les *autoplasties* et les différentes greffes dermiques et épidermiques; la chirurgie du *système nerveux*, enrichie d'un grand nombre d'opérations nouvelles applicables au traitement de l'hydrocéphalie, de l'hydrorachis, des névralgies rebelles; l'élongation et la section des nerfs; les opérations qui se font sur le *système vasculaire* pour la cure des anévrysmes, des varices, la *transfusion* du sang; les opérations qui se font sur le squelette; les *amputations*, les *résections*, les *résections sous-périostées*, si perfectionnées récemment par Ollier, et l'*ostéotomie*, naguère à peine connue, aujourd'hui devenue usuelle.

Les auteurs, tous deux élèves de Michaux, ont fait une large place, dans leur ouvrage, aux procédés opératoires du maître qui illustre depuis un demi-siècle la chaire de clinique de Louvain. L'ouvrage est en avance de sept à huit années, si nous ne nous trompons, sur le plus récent des traités de médecine opératoire écrits en langue française. C'est beaucoup par le temps qui court en matière de chirurgie. Inutile de dire que les perfectionnements apportés récemment à l'art des pansements dans ses rapports avec l'asepsie chirurgicale y occupent une place importante.

2. *Eléments de physiologie humaine à l'usage des étudiants en médecine*, par Léon FRÉDÉRICQ et NUEL, professeurs ordinaires respectivement à l'Université de Liège et à celle de Gand. — Un vol. in-8°, pp. 268 (1re partie), pp. 370 (2e partie), avec 140 et 153 fig. dans le texte.

Ce livre s'adresse spécialement aux élèves, auxquels il est appelé à donner, sous une forme concise, un tableau de l'état actuel de la physiologie. Il n'est pas une œuvre de collaboration dans le sens strict du mot. Chacun des deux auteurs a traité d'une façon tout à fait indépendante la partie qui lui était échue, et revendique, par conséquent, la responsabilité exclusive des opinions qui y sont exprimées. M. Léon FRÉDÉRICQ a rédigé le premier fascicule (qui comprend l'étude des fonctions de nutrition : *introduction*, *protoplasma*, *sang*, *circulation*, *respiration*, *chaleur animale*, *digestion*, *nutrition*, *sécrétion urinaire*), à l'exception de l'*innervation du cœur et des vaisseaux*. Cette dernière partie, ainsi

---

selle dans l'acide phénique, en reléguant celui-ci parmi les désinfectants de second ordre. Nous avons échappé heureusement à la phénolisation à outrance et les antiseptiques sérieux et inodores ont triomphé. L'épidémie de 1884 marquera l'avènement du chlorure de zinc et de l'acide borique, que l'acide thymique enveloppe de son agréable parfum. Le règne de l'acide phénique et le prestige de la puanteur sont donc passés, et l'on peut circuler jusque dans le midi sans être poursuivi et écœuré par cette odeur d'amphithéâtre que répand l'acide phénique. C'est un progrès à tous les points de vue, pour la sûreté de la désinfection et pour l'agrément des désinfectés.

Quant aux fumigations dans les gares, elles ne sont peut-être pas très utiles, mais elles sont nécessaires, on comprend facilement pourquoi. Si elles ne purifient pas, elles rassurent. Il y a quelques jours, je suis allé recevoir un de mes amis qui arrivait de Montpellier. Au vu de son billet, délivré dans une ville indemne du choléra, il fut laissé libre de quitter la gare et d'emporter ses bagages sans autre formalité, tandis qu'on faisait passer dans la salle de désinfection les trois voyageurs avec qui mon ami avait passé la nuit en wagon, deux Marseillais et un Toulonnais. Il avait bien pu se faire un échange de microbes pendant cette cohabitation, et la fumigation aurait dû s'appliquer à tous les arrivants, qui avaient eu plus d'une occasion de récolter en chemin quelques germes de choléra. Il paraît que depuis on pratique la désinfection aux gares de départ des pays contaminés, ce qu'il aurait fallu faire tout de suite et avant qu'un seul émigrant ait pu quitter la zone dangereuse. Voilà ce qui serait prévu, organisé, et immédiatement applicable par le ministère d'hygiène publique et de police sanitaire, qui s'est fait ces temps-ci beaucoup de partisans, et qui pourrait porter précisément le nom que je viens de lui donner.

que le second fascicule tout entier (Fonctions de relation : *Système musculaire et nerveux, organes des sens, génération*), sont l'œuvre de M. J.-P. NUEL.

Un grand nombre de figures *originales* ont été gravées pour cet ouvrage; d'autres ont été empruntées aux ouvrages du professeur Marey, au *Traité de physiologie* de Landois, au *Manuel de microscopie* de Bizzozero; enfin, un certain nombre de bois ont été fournis par MM.Van Bambeke, Ed. Van Beneden, Liagre, Ch. Firket et Rothe.

Les auteurs ont eu soin de ne pas s'étendre outre mesure sur les points controversés; ainsi qu'il convenait pour un livre réservé aux étudiants, ils se sont bornés à les effleurer.

La partie écrite par *M. Frédéricq* se distingue par la concision lumineuse avec laquelle il a exposé un nombre prodigieux de faits. La *respiration*, grâce à ses travaux propres et de date toute récente, est devenue, sous sa plume, l'objet d'un chapitre des plus finis de la physiologie. On peut en dire autant de la *calorification*, qui y est traitée de main de maître.

Celle qui appartient à *M. Nuel* comprend la *physiologie générale des nerfs*. Cette partie, où une large place a été faite à l'étude des propriétés électriques des nerfs, contient ce qui a été écrit de plus profond sur la *physiologie du cerveau,* et d'après les découvertes si intéressantes de la dernière heure. La *physiologie des sens*, un peu négligée dans la plupart des ouvrages antérieurs, y est exposée d'une manière claire, dont la pratique aura à faire son profit.

Depuis cinq à six ans, les connaissances physiologiques ont pris un développement considérable. Nos auteurs n'ont perdu de vue aucun des progrès réalisés durant cette période. Leur ouvrage peut être chaudement recommandé.

3. Au moment où cette lettre s'écrit, son auteur fait paraître un petit livre sous ce titre : OU FAUT-IL PASSER SES HIVERS? Il ne nous appartient pas d'en parler. Peut-être l'*Union médicale* voudra-t-elle bien se charger de le présenter à ses lecteurs. Nous lui en serons reconnaissant.

4. Il est dit que les concours en matière de publications scientifiques nous réserveront de perpétuelles surprises. Un prix de deux mille francs, constituant la plus haute distinction du concours de Keyn, avait été attribué, le 9 mai 1883, par l'Académie royale des sciences, des lettres et des beaux-arts de Belgique, à un ouvrage intitulé : *la Santé du peuple,* auctore *L. Evrard.* Or, voici qu'un médecin très autorisé, le docteur De Paepe (de Bruxelles), vient d'accuser ledit auteur d'avoir subtilisé cette récompense au profit d'une œuvre de plagiat. Poursuite, débats et acquittement du docteur De Paepe, lequel, dit l'arrêt, n'a pas outrepassé les droits de la critique. Pas de chance, les lauréats.

5. En Belgique, la question des programmes pour les études médicales est incessamment à l'ordre du jour. Ceux actuellement en vigueur, en vertu de la loi du

---

*
* *

Si l'Europe ne réussit pas à se garantir du choléra, ce ne sera pas faute de se prémunir contre ses approches avec une vigilance poussée jusqu'à la férocité. Quand le choléra était en Egypte, personne n'a soufflé mot ; du moment qu'il est en France, ce n'est plus la même chose. C'est la fable des *Animaux malades de la peste* qui se joue en ce moment entre nous et nos voisins ; et nous y avons le rôle de pelé, de galeux, contre qui tout est bon. Les cordons sanitaires ne suffisent plus ; n'a-t-on pas parlé quelque part de recevoir les navires français à coups de canon s'ils avaient le malheur de se montrer ? Les Italiens, toujours pratiques, ont trouvé l'occasion excellente pour refuser de rapatrier des centaines de leurs compatriotes qui voulaient bien de notre argent, mais qui ne veulent plus de notre choléra. C'est comme une sainte alliance qui s'est formée contre nous, sous prétexte de prophylaxie, une guerre qu'on nous déclare sourdement, où les fumigations et les quarantaines remplacent les sièges et les batailles. Laissons faire, et attendons.

*
* *

Quant à la fête nationale, impossible de savoir à quoi s'en tenir. On est un mauvais citoyen si l'on désire l'ajournement de la fête nationale, et à ce compte-là il y a aujourd'hui une recrudescence effrayante de mauvais citoyens. L'Académie de médecine s'est prononcée, d'une façon catégorique, et avec un esprit d'initiative qui a été fort apprécié. Mais en haut lieu, on fait la sourde oreille. Il paraît qu'il y a des raisons extraordinaires pour que la fête nationale soit célébrée quand même. On a ainsi, dans toutes les familles,

20 mai 1876 qui, à raison de son caractère provisoire, promet de s'éterniser, sont l'obje de sérieuses critiques, dont s'était ému, à juste titre, le gouvernement qui vient de tomber. En sa qualité de président du jury central d'examen pour la médecine, le signataire de cette lettre avait pu constater et avait signalé depuis longtemps la faiblesse des récipiendaires se présentant pour subir les examens de la candidature, spécialement en ce qui concerne les sciences biologiques, et n'avait pas hésité à l'attribuer à ce fait que les élèves abordent l'étude des branches principales de la candidature en médecine, à savoir : l'anatomie comparée, la physiologie, et surtout l'embryologie, sans avoir de notion suffisante des principes constitutifs primordiaux de l'organisme. Ils n'ont jamais manié ni su manier un microscope ; ils ne savent pas ce que c'est que la cellule dont le mot et l'idée vont se trouver constamment sur les lèvres du maître. En un mot, on prétend leur apprendre à lire avant de leur avoir appris à épeler, à épeler avant de leur avoir appris leurs lettres. Cette situation pèse défavorablement sur tout l'avenir des études médicales.

« Combien, avons-nous dit dans un rapport officiel écrit en 1883 et qui a été imprimé à titre de document mais non point publié, combien en serait-il autrement si, dès la candidature en sciences, on enseignait leurs lettres aux élèves, si, d'avance, on leur donnait l'accès de laboratoires où ils pussent apprendre à connaître le microscope et à en faire l'application à l'étude des éléments constitutifs des corps organisés, lesquels se résument tout entiers dans l'élément cellule. Cette étude comprendrait la connaissance générale de la cellule dans les deux règnes. Il est bien prouvé aujourd'hui, en effet, que la cellule animale et la cellule végétale sont identiques dans leurs traits fondamentaux, et que l'on ne peut pas connaître l'une sans avoir fait une étude approfondie de l'autre. L'étude de la cellule est donc une étude essentiellement comparée. Ensuite, elle doit être faite d'une manière complète, c'est-à-dire au triple point de vue *chimique, anatomique* et *physiologique*. Un tel cours serait fondamental ; ce serait la pierre angulaire de toute la médecine scientifique, puisque aujourd'hui *tout doit être rapporté à la cellule*. On y consacrerait deux heures par semaine pendant toute l'année, plus quatre heures de travail personnel dans le laboratoire de microscopie, où doit se faire toute la microchimie, et où les étudiants devraient être astreints à faire *eux-mêmes* toutes les préparations d'objets, les coupes, les manipulations quelconques, etc. Ce cours prendrait le titre de *Biologie générale* ou *Biologie cellulaire* ».

Ces idées étaient déjà, jusqu'à un certain point, passées dans le domaine pratique, à l'époque où le rapport était déposé : je savais que, depuis plusieurs années, les élèves en sciences étaient admis, à l'Université de Louvain, à fréquenter, à titre officieux, un cours de « biologie cellulaire », que leur donnait le professeur J.-B. Carnoy, et qu'ils y trouvaient une facilité extrême pour la poursuite de leurs études, une fois arrivés à celles des sciences médicales proprement dites. Et c'est parce que l'expérience avait

---

quelque belle-mère qui vous fait une tête pendant deux mois, si on a négligé de lui apporter le pot de fleurs réglementaire pour la sainte Ursule, en dépit des marques de tendresse qu'on a pu lui prodiguer tout le long de l'année.

Il n'y a pas de choléra qui tienne, il faut que la fête nationale suive son cours. On se demande pourquoi, et on ne comprend pas. Elle a donc une influence mystérieuse sur les destinées de la patrie, cette horrible journée qui en a une si positive sur les nerfs d'une fraction très importante de la population? Que l'on décrète simplement que le 14 Juillet sera un jour férié, mais que l'on en retranche tout ce qui l'empêche d'être un jour de repos ; ainsi se trouveraient conciliés le respect de l'anniversaire et le souci de la santé publique. Si d'autres soucis font pencher pour le maintien de la fête, ils sont d'un ordre latéral, pour ne pas dire inférieur.

On dresse depuis hier sous mes fenêtres une rangée de grandes perches badigeonnées en bleu, pour la plantation desquelles on démolit le trottoir et on entrave la circulation. Si l'on distribuait ce que coûtent ces grands bâtons aux pauvres diables qui passent à côté, en y ajoutant le produit des lampions et des feux d'artifice, on ferait quelques heureux, et on nous dispenserait du pèlerinage du 14 Juillet, qui peut être pour le choléra à Paris ce qu'est le pèlerinage de la Mecque pour le choléra en Orient.

Supposons que le premier Toulonnais qui tombera malade chez nous soit précisément pris de coliques à la suite des fatigues de la fête, et qu'il devienne le point de départ de la petite traînée épidémique à laquelle il faut nous attendre. On dira que cela ne serait pas arrivé si la fête n'avait pas eu lieu, et ce simple raisonnement sera d'une vraisemblance absolue.

parlé que j'en avais parlé moi-même. Aujourd'hui nous pouvons annoncer qu'un pas de plus a été fait dans cette direction : un livre intitulé : LA BIOLOGIE CELLULAIRE, *étude comparée de la cellule dans les deux règnes*, par le professeur *Carnoy*, est actuellement sous presse. Une étude magistrale, devant servir d'introduction à ce livre, a paru dans la *Revue médicale* de Louvain (1883, p. 583). Nous appelons l'attention la plus sérieuse sur cet important travail ainsi que sur la *Revue* qui la renferme, et qui constitue l'une de nos publications médicales les plus méritantes. La première partie du livre de M. Carnoy vient d'être mise en vente.

*
* *

La question du choléra, sur laquelle l'attention de l'Europe entière est en ce moment fixée, préoccupe à bon droit la Belgique, l'une des nations les plus menacées par ses voisinages et ses ports. Divers journaux politiques s'en sont préoccupés et spécialement la *Réforme* où nous avons fait insérer plusieurs articles s'y rapportant. Dans l'un de ces articles (*Le Doctrinarisme médical et le Choléra*, la *Réforme* du 8 juillet), nous nous sommes exprimé comme suit :

« De même que c'est au pied du mur qu'on juge le maçon, de même est-ce à la façon dont le mal fait son apparition ou son explosion, à celle dont il se confine ou se diffuse, mais surtout au lieu d'où il vient qu'on distingue le malin de celui qui l'est moins. Naît-il sur place, c'est sûrement le dernier qu'on a devant soi ; provient-il, au contraire, des lieux où l'on place son berceau initial, le delta du Gange, il n'y a pas à hésiter, c'est l'autre.

« Et cependant, de quelque façon qu'on s'y prenne, quels que soient les moyens d'investigation auxquels on a recours, aucun ne fournit une donnée diagnostique quelconque, et peut-être cette donnée nous échappera-t-elle toujours pour le choléra, comme elle s'obstine à le faire pour la variole et la vaccine. Ici, en effet, bien que le microbe spécial se voie au microscope dans les deux espèces, il est identique, à la vue, dans l'une et dans l'autre ; inoculés, ils donnent cependant des produits tout différents ; dans la variole, ces produits se communiquent par voie atmosphérique ; dans la vaccine, ils s'inoculent, mais ne sont pas infectieux par l'air.

« Qu'est-ce à dire ? C'est que, vraisemblablement, quand le germe cholérique aura été saisi, on le trouvera semblable à lui-même, que ce soit le nostras ou l'indien qu'il engendre ou qu'il ait engendré. De là, cette supposition absolument logique que celui-ci est dans toute sa puissance, à l'instar du virus variolique par rapport au vaccin, quand il vient en droite ligne de son lieu de naissance, sans avoir eu à subir quelqu'une des causes d'atténuation qui impriment leur cachet, pour les déprimer, aux virus du choléra des poules, du charbon ou de la variole, de façon à en faire les vaccins de ces virus vierges. Là est l'utilité de savoir, quand le choléra apparaît quelque part, si le premier

---

*
* *

Le colonel Ramollot, qui est un peu sourd, a eu un mouvement d'indignation aux premiers récits qu'on lui a faits sur les causes probables du choléra. Il s'est écrié :

« Ah ça ! qu'est-ce que c'est que cette vieille garse qui empoisonne la ville de Toulon ?
« On ne peut donc pas fourrer cette horreur-là en prison ? »

P. DUBRAY.

DES SCARIFICATIONS CONTRE LA CHÉLOÏDE. — E. Vidal.

Les moyens employés jusqu'alors contre la chéloïde, tels que pommades résolutives, emplâtres fondants, emplâtre de Vigo, badigeonnages de teinture d'iode, douches minérales, n'ayant point produit de résultats favorables, l'auteur a cru devoir tenter la méthode des scarifications. Il pratiqua des scarifications quadrillées, losangiques ou rectangulaires, rapprochées d'un à deux millimètres et toutes parallèles, dépassant d'un demi-centimètre les bords de la chéloïde. Trois séances eurent lieu, à huit jours d'intervalle. Les douleurs cessèrent, la chéloïde s'affaissa et ne tarda pas à guérir.

N. G.

cas a été engendré par un microbe vierge ou par quelque vieux germe que des circonstances telluriques ou autres ont fait sortir de son sommeil léthargique, où il a eu à subir une atténuation peut-être en rapport avec la durée de cette latence de la vie.

« Le virus du choléra des poules ne demande, lui, pour descendre au degré de son propre vaccin, que d'être exposé plus ou moins longtemps au contact de l'air; pour celui des humains, cette exposition, c'est dans la logique des faits, doit avoir pour résultat de diminuer sa puissance, son activité, et cette déchéance se traduira par la perte de ses propriétés infectieuses. Si donc il peut y avoir à un moment donné, dans un même espace assez étroit, des cas de *nostras* assez nombreux pour constituer une épidémie, il se peut néanmoins que ces cas soient indépendants les uns des autres, que tous et chacun proviennent de quelque germe réveillé sous l'influence de ces circonstances générales qui constituent le génie épidémique pris dans son acception la plus large et abstraction faite de l'espèce qui est en jeu.

« Ce qui se passe actuellement à Toulon, à Marseille et dans leurs environs, concorde avec ces idées; on n'y voit pas de foyers s'étendant comme des taches d'huile; les cas sont isolés; il y a assurément une série de causes, chaleur, électricité, etc., d'où résulte, en ce moment, le réveil des germes endormis et épuisés au point de ne plus être aptes qu'à la procréation de mulets, incapables de faire souche à leur tour par la voie miasmatique proprement dite. Cette souche, pour la faire procréer, il faut aller la chercher dans les déjections du malade et lui ouvrir complaisamment des portes béantes, faute de quoi il reste inoffensif, et c'est ce qui rend le présent rassurant dans une assez large mesure.

« Nous avons dit précédemment que c'est dans l'intestin que ces portes ouvertes sont les plus dangereuses, de là l'origine fécale prédominante du choléra; il ne faut pas oublier, toutefois, qu'il n'y a pas de barrière séparant l'intestin de l'entrée des voies respiratoires, et que, par ces voies détournées mêmes, l'ennemi peut arriver à destination. De là la nécessité de le détruire sur place dans les récipients où les personnes atteintes le déposent, et à mesure que ce dépôt s'effectue. Les moyens d'exécution sont à la portée de toutes les bourses.

« De ce qui précède, on peut conclure que l'épidémie actuelle, vu son origine, ne fera pas de nombreuses victimes et que *celles-ci seront prélevées sur les classes qui ne savent pas se mettre, par une bonne hygiène, à l'abri de la misère physiologique*. On s'expliquera facilement aussi que l'épidémie, si épidémie il y a, peut se montrer à la fois dans des lieux très éloignés les uns des autres et n'étant pas reliés entre eux par une chaîne non interrompue. C'est au moins rassurant, je le répète. »

Dr WARLOMONT.

BIBLIOTHÈQUE

ETUDE CLINIQUE ET EXPÉRIMENTALE SUR LA VISION MENTALE, par M. le docteur Georges CROUIGNEAU. 1884, Delahaye et Lecrosnier.

« La vision mentale est une faculté intellectuelle qui consiste à percevoir et à concevoir les impressions qui viennent frapper notre rétine. » Telle est la définition servant d'entrée en matière à cette thèse inaugurale, qui a pour but de donner les preuves cliniques et anatomiques de cette faculté. Elle se présente sous deux caractères : vision mentale des objets, que M. Crouigneau étudie d'après les données cliniques et anatomo-pathologiques (cécité psychique, cécité corticale) ; vision mentale des signes (cécité verbale).

La perte du souvenir des images avec conservation de la vue constitue la cécité psychique; l'abolition simultanée des conceptions et des perceptions, la cécité corticale; la perte du souvenir des signes de l'écriture n'est autre que la cécité verbale. Les paralytiques généraux, les apoplectiques par thrombose et embolie de l'artère sylvienne gauche ou de ses branches, présentent des altérations de la vision mentale se traduisant chez les premiers par la cécité corticale et chez les seconds par la cécité verbale.

Enfin, M. Crouigneau énumère les essais de localisation de ces troubles : MM. Ferrier et Hitzig plaçant le siège de la vision mentale des objets l'un dans le gyrus angulaire, l'autre dans l'écorce des lobes occipitaux, et M. Charcot considérant le lobule pariétal inférieur gauche avec ou sans participation du lobule du pli courbe, comme le centre de la vision mentale des signes. Cette thèse traite un des points les plus difficiles de la pathologie cérébrale et donne un exposé complet de cette question encore obscure.

C. L. D.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1884.

A *Toulon*, du 8 au 9 juillet, la mortalité s'est élevée à 12 décès dans la ville et la banlieue; du 9 au 10 juillet, à 15 décès.

De plus, on compte des décès cholériques dans divers villages du département.

L'augmentation de morbidité et de mortalité atteint surtout la population civile. En effet, les rares entrées dans les hôpitaux militaires et la mortalité, — un seul décès dans les ving-quatre heures à l'hôpital Saint-Mandrier, — témoignent d'une amélioration dans l'état sanitaire des troupes de mer et de terre. Par contre, on critique vivement une mesure qui ne fait pas honneur à la sagacité administrative. En effet, les convalescents sortants de l'hôpital sont embarqués sur le navire l'*Entreprenante*, qui, d'autre part, reçoit en observation les cholériques de la division. Un convalescent vient d'y tomber de nouveau malade et de rentrer à Saint-Mandrier.

La mortalité de la journée du 14 ne s'élevait, jusqu'à huit heures du soir, qu'à 5 décès. A moins de déclarations nombreuses pendant la nuit, cette journée aura été meilleure que les précédentes.

A *Marseille*, le nombre des décès ne diminue pas; il était de 24, et la morbidité hospitalière du Pharo s'élevait à 43. Du 9 au 10 juillet, on comptait 70 malades au Pharo et 53 décès cholériques, dont 31 pendant la nuit seulement. La recrudescence de l'épidémie est donc manifeste.

A *Aix*, on signale 1 décès du 10 juillet, et, à *Nîmes*, 1 autre décès à la même date; ces cholériques venaient de Marseille.

La situation à Toulon et à Marseille conserve donc toujours un caractère menaçant, et, depuis le début de l'épidémie, la semaine qui se termine a été la plus meurtrière. Par contre, l'explosion cholérique à Aix n'a pas encore été suivie de nouveaux décès de choléra contracté sur place, et les cas observés à Grenoble et à Nîmes sont isolés. Néanmoins, survenant sur des fugitifs des pays infectés, ils devraient éveiller l'attention, car ils montrent bien que l'émigration actuelle de Marseille et de Toulon menace tout le pays d'une rapide dissémination de la maladie, et font voir les dangers des déplacements de population, dont la fête du 14 juillet sera l'occasion.

Parmi les mesures qui viennent d'être adoptées par le Conseil municipal, il faut applaudir à la formation de commissions mixtes d'hygiène d'arrondissement. Les commissions seront recrutées, d'après la proposition de M. Straus, parmi les municipalités, les médecins des bureaux de bienfaisance, de l'état civil et des écoles, des membres de la commission d'hygiène de l'arrondissement, les inspecteurs de la salubrité et les membres de la commission des logements insalubres délégués dans cet arrondissement. Enfin on adjoindrait toutes les personnalités possédant des connaissances techniques suffisantes. Ces commissions mixtes auront pour mission de signaler à l'autorité administrative toutes les améliorations à réaliser et de visiter les habitations au point de vue de la salubrité.

La remise à une autre époque des fêtes du 14 Juillet a été demandée, on le sait, par l'Académie et les Sociétés d'hygiène. Il serait désirable que les Sociététés médicales de la capitale suivissent l'exemple de la Société de thérapeutique en votant des motions semblables à la suivante. Cette Société a en effet adopté, sur la proposition et l'initiative de M. le docteur Henri Huchard, un vœu dont on nous communique le texte et auquel nous nous associons volontiers.

« La Société de thérapeutique émet l'avis qu'une agglomération d'individus et les « écarts de régime provoqués par la fête du 14 juillet, peuvent constituer un réel danger « pour la population parisienne, dans les circonstances actuelles et même en l'absence « de toute épidémie cholérique. » Puisse cette résolution être entendue, ou mieux écoutée par nos administrateurs parisiens. — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 7 juillet 1884. — Présidence de M. ROLLAND.

M. BOULEY présente une note de M. V. Audhoui *Sur le clapotage stomacal*.

« Chomel considérait le clapotage stomacal comme le signe caractéristique d'un état morbide, qu'il appelait la *dyspepsie des liquides*. Dans son idée, l'estomac étant devenu

incapable de digérer, d'absorber ou de chasser dans le duodénum les liquides ingérés ou formés sur place, ces liquides s'accumulaient dans sa cavité, et il était possible d'en déceler la présence, à tout instant, par certaines manœuvres que je n'ai pas à décrire.

« Chomel considérait le clapotage stomacal, toujours et dans tous les cas, comme un phénomène pathologique. Il affirmait que, chez l'homme sain qui vient de manger et de boire, le clapotage n'existait pas. Après lui, tous les auteurs qui se sont occupés de cette question ont admis que le bruit de flot, provoqué même après boire, indiquait constamment une lésion de l'estomac ou quelque trouble des fonctions gastriques.

« La présente note a pour objet d'annoncer que le clapotage de l'estomac existe toujours, comme paraissent l'avoir constaté quelques observateurs, à la suite de l'ingestion des liquides, et que ce fait peut être aussi bien normal qu'anormal. Je m'appuie, pour soutenir ces propositions, sur de nombreuses expériences, fréquemment renouvelées, dont voici le dispositif et les résultats :

« *Première expérience.* — Prenez un sujet atteint d'une maladie quelconque des organes digestifs, mais l'estomac vide, et chez lequel les divers moyens d'exploration bien employés ne décèlent aucun bruit de flot.

« Faites boire à ce sujet un verre d'eau, de lait ou de tout autre liquide, et même faites-lui manger de la soupe ou quelque bouillie non trop épaisse.

« Le sujet s'étant couché de nouveau à plat sur le dos, recherchez le clapotage par les moyens usuels et vous le découvrirez aussitôt.

« *Seconde expérience.* — Prenez un sujet sain, dont les organes digestifs ne présentent aucun trouble, aucune lésion; enfin, un jeune homme, par exemple, en parfait état de santé.

« Il est à jeun, l'estomac vide, et vous lui faites boire un verre d'eau.

« Le sujet placé alors dans la situation convenable, vous recherchez le clapotement et vous le trouvez.

« D'après ces expériences et les faits cliniques connus, on peut donc dire :

« 1° Que le clapotage stomacal est un phénomène indifférent, tantôt pathologique, tantôt physiologique;

« 2° Qu'il existe toujours, et dans tous les cas lorsqu'on le recherche immédiatement ou peu après l'ingestion d'une quantité suffisante de boisson ou de matière alimentaire liquide ou demi-liquide ;

« 3° Enfin, qu'il n'est pas le signe caractéristique d'une maladie de l'estomac, pas plus de la dyspepsie des liquides que de toute autre affection. »

M. Daubrée communique une note de M. G. Pouchet *Sur un bolide observé le 28 juin 1884, à Concarneau.*

« Samedi soir 28 juin, à huit heures vingt minutes, nous avons eu ici le spectacle d'un magnifique bolide, traversant lentement le ciel dans une direction qui m'a paru être approximativement E.-S.-E. à O.-N.-O. Il a disparu derrière l'horizon. Dans la dernière partie de sa trajectoire, la seule que j'aie vue, il était *double.* Le bolide principal était suivi d'un plus petit à une distance à peu près égale à un demi-diamètre lunaire. L'éclat du principal bolide était celui de ces étincelles à parachute que font les artificiers, vues à 100 ou 200 mètres. La couleur du bolide m'a paru verdâtre, sans doute par contraste. Ce n'est pas la première fois que des bolides vus dans le crépuscule du soir me présentent cette teinte, et j'ai une grande habitude d'observer mes sensations rétiniennes. Deux personnes immédiatement interrogées m'ont dit : l'une, que le bolide était « jaunâtre, de la couleur de la flamme de la lampe » (qu'on venait d'allumer); l'autre personne a dit tout simplement qu'il était « blanc ». Cette personne est sans aucune éducation scientifique. »

M. L. Jaubert adresse une note *Sur un bolide observé dans la soirée du 28 juin.*

« Samedi 28 juin, à neuf heures cinq minutes du soir, en montant à l'Observatoire populaire, j'ai aperçu, de la place du Trocadéro, un magnifique bolide, d'un splendide jaune d'or, qui traversait tout près de β de la Vierge se dirigeant vers la lune, tout en descendant obliquement vers l'horizon comme s'il allait vers le soleil.

« Sa marche, d'abord rapide, s'est ralentie après avoir dépassé la lune. Il a acquis peu à peu un volume très considérable et un très vif éclat tout en décrivant quelques sinuosités; puis il s'est séparé en deux gros fragments qui ont marché presque ensemble, tout en s'écartant; le plus volumineux était le plus rapproché de l'horizon et un peu en avant, et il a dû atteindre le sol le premier. »

CORRESPONDANCE

Paris, 5 juillet 1884.

Monsieur le rédacteur en chef,

Je ne sais si mes confrères de Paris sont en butte, comme je le suis, aux exploiteurs de toute espèce.

Il y a deux ans à peine (je l'ai signalé dans votre journal), c'était l'*homme au vernis*. Depuis cette époque, j'ai eu la visite de deux courtiers qui me demandaient vingt francs pour un achat d'ouvrages inconnus. Ces individus ont eu soin, en se retirant, d'emporter deux livres illustrés qui étaient sur la table.

Il y a quelques mois, un vieux monsieur *très bien*, cheveux blancs, visage soigneusement rasé, bouche en cœur, se présenta chez moi et me dit, en versant des larmes, qu'il était médecin en retraite à Rambouillet. Il était venu à Paris en oubliant son porte-monnaie, et, pour s'en retourner, me priait de lui donner un louis. Je savais que c'était un mensonge, mais j'avais plus honte que lui de le lui dire. Je lui glissai cent sous dans la main, et il disparut avec un empressement que nous voudrions voir imiter par le choléra.

Enfin (je laisse de côté plusieurs courtiers insupportables), aujourd'hui, on m'apporte quatre bouteilles d'eau de *Montrond*.

Le nombre des eaux minérales que l'on découvre chaque jour est phénoménal; et, en dehors de celles qui ont la renommée, il serait bien difficile à tous les médecins de s'y reconnaître. Je veux bien que le diable m'emporte si je connaissais les eaux de Montrond.

Bref, en même temps que ces bouteilles, on me donne un papier à signer pour certifier que j'accepte ces eaux incomparables. Je refuse le tout et prie qu'on me laisse tranquille.

L'individu aux quatre bouteilles reprend ses litres et ses papiers; mais, arrivé chez mon concierge, il se répand en injures sur mon compte. Ne trouvez-vous pas que cela devient intolérable? Il est possible que j'aie toutes les qualités dont il m'a gratifié : idiot, crétin, etc.; mais, j'en apppelle à tous mes confrères, on n'aime pas à s'entendre dire ces choses-là, surtout chez son concierge.

Qui nous délivrera de ces messieurs aux bouteilles et aux petits papiers!

Agréez, etc., Dr E. Barré.

COURRIER

Les Ateliers de M. Alcan-Lévy étant fermés à l'occasion de la **FÊTE DU 14 JUILLET**, l'*Union médicale* ne paraîtra pas Mardi 15 Juillet.

Inspection médicale des écoles. — Par arrêté préfectoral du 19 juin 1884, le service de l'inspection médicale des écoles est réparti de la manière suivante dans les Ier et Xe arrondissements :

Ier arrondissement : 1re circonscription, M. le docteur Richard ; 2e circonscription, M. le docteur Carpentier-Méricourt ; 3e circonscription, M. le docteur Lenoir.

Xe arrondissement : 1re circonscription, M. le docteur Schweich ; 2e circonscription, M. le docteur Goguel ; 3e circonscription, M. le docteur Lefebvre ; 4e circonscription, M. le docteur Chenet ; 5e circonscription, M. le docteur Béclère ; 6e circonscription, M. le docteur Bloch ; 7e circonscription, M. le docteur Mâreau.

Rectification. — M. Langlebert, pharmacien de 1re classe, ex-interne des hôpitaux, nous prie de faire savoir à nos lecteurs que le *Sublimol*, produit dont MM. Langlebert, ses cousins « homonymes », déclinent la paternité (voir notre *Courrier* du dernier numéro), n'a jamais été donné par lui ni annoncé comme un « remède contre le choléra ».

M. Rohrer, pharmacien de 2e classe, demande une gérance dans une pharmacie. — Bonnes références. — S'adresser au bureau du journal.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

BULLETIN

Académie de médecine, 16 juillet. — La séance a été consacrée tout entière au choléra et à sa prophylaxie. En présence de l'épidémie de Toulon et de Marseille, et devant la possibilité de la propagation de cette épidémie hors des centres primitivement atteints, la plus vulgaire prudence commandait de prendre des mesures de précaution en vue de préserver autant que possible soit les individus, soit les centres de populations contre l'imminence du fléau. Fallait-il laisser ce soin à l'initiative privée, aux administrations, aux autorités locales? M. le ministre du commerce a pensé avec raison que l'on n'arriverait ainsi qu'à la confusion et à l'anarchie, avec les inconvénients et les dangers qui résulteraient soit de l'incurie des uns, soit du zèle intempestif des autres, soit de l'ignorance et de l'incompétence du plus grand nombre. Il a donc demandé au Comité consultatif d'hygiène publique placé auprès de son ministère, et qui compte dans son sein les hommes les plus compétents, de vouloir bien rédiger une instruction concernant les précautions à prendre contre le choléra. Une commission dite du choléra a été nommée, ayant pour président M. Brouardel et pour rapporteur M. Proust, composée en outre de MM. Fauvel, Pasteur, Peter, Legouest, Gallard, Vallin, etc. Cette commission a rédigé une instruction qui a été distribuée aujourd'hui à tous les membres de l'Académie. Pour donner encore plus de poids et d'autorité aux mesures prophylactiques édictées par la commission du comité consultatif d'hygiène, M. le ministre du commerce a demandé par une lettre adressée à M. le président de l'Académie que la savante compagnie voulût bien, séance tenante, donner son avis sur la valeur de ces mesures. Or, comme il n'était pas possible que, dans le temps limité d'une séance, l'Académie examinât en détail l'instruction qui lui était soumise, M. le ministre avait chargé M. Brouardel, président de la commission du choléra, de lire à la tribune un rapport dont les conclusions, sur lesquelles l'Académie avait à donner son avis, résumaient en quelques propositions générales le sens de cette instruction.

Conformément à la demande du ministre et à cette mise en demeure dont la forme pressante a paru à quelques-uns quelque peu impérative, l'Académie, après la lecture du rapport de M. Brouardel, a chargé les membres de la section d'hygiène constituée en commission d'examiner séance tenante les conclusions de ce rapport et de présenter, à son tour, un nouveau rapport dont les conclusions seraient lues et discutées sans désemparer.

Cette commission improvisée a quitté la salle des séances pour y rentrer au bout de vingt minutes apportant un rapport *in promptu* dont un rapporteur non moins improvisé, M. Lunier, est venu lire les conclusions. Comme on devait s'y attendre, ces conclusions n'étaient rien autre chose que celles du rapport de M. Brouardel, autrement dit de la commission du choléra, que la commission académique venait de s'approprier et de faire siennes.

Sur cette formalité, quelque peu empreinte de chinoiserie, l'Académie n'avait pas à délibérer sur les conclusions du rapport de la commission du choléra ou du Comité consultatif d'hygiène, mais sur les conclusions du rapport de sa propre commission. Si elle les adoptait, elle n'avait pas

l'air d'adopter des propositions qui lui étaient dictées en quelque sorte par l'autorité administrative; la dignité de la savante Compagnie était sauve; cette petite chinoiserie n'a pas été cependant du goût de tout le monde; quelques membres, parmi lesquels MM. Dujardin-Beaumetz, Colin (d'Alfort), Hardy, ont essayé de protester contre cette manière un peu trop expéditive de consulter l'Académie et de solliciter son approbation pour des mesures administratives que l'on n'avait pas le temps d'examiner ni de discuter. Ils ont tenté de provoquer un semblant de discussion; ils ont même critiqué quelques-unes des mesures indiquées dans l'*Instruction* émanée du Comité consultatif d'hygiène. Mais leur tentative a complètement échoué. La lettre ministérielle était là qui avait l'air de dire à l'Académie : le choléra est à nos portes et vous délibérez! M. Brouardel, d'ailleurs, il faut le reconnaître, a très habilement mené cette discussion et entraîné avec autorité, par des arguments péremptoires, la majorité de l'assemblée. Les conclusions de la commission académique, identiques à celles de la commission du choléra ou du Comité consultatif d'hygiène, ont donc été votées à la presque unanimité, sauf des modifications insignifiantes.

En somme, c'est une sorte de blanc-seing que l'autorité administrative demandait à l'Académie et que la savante Compagnie lui a octroyé.

— Entre la lecture du rapport de M. Brouardel et la discussion du rapport académique, M. Léon Colin (du Val-de-Grâce), a lu un travail très important et très étudié sur l'origine *asiatique* du choléra de Toulon, qui, suivant lui, ne saurait être douteuse.

M. Colin a cherché à établir que les eaux contaminées par les déjections cholériques n'avaient pas une influence absolument reconnue.

— Une élection dans la section d'anatomie pathologique a donné le résultat prévu d'avance :

C'est M. Cornil qui a été nommé. — A. T.

— La Société de chirurgie, dans sa séance du 25 juin, a reçu la nouvelle que M. le docteur Closmadeuc, membre correspondant, venait de pratiquer l'opération césarienne sur une femme de 23 ans, naine et affectée d'un rétrécissement excessif du bassin. L'enfant, à terme et bien conformé, vivait; au cinquième jour, la mère se portait bien.

Cette observation nous a paru intéressante, car c'était le troisième succès du même genre obtenu par notre savant confrère de Vannes; et justement, l'opération césarienne semble revenir à l'ordre du jour, et fait mine de tenir tête à sa rivale plus jeune, l'opération de Porro. Nous félicitons M. Closmadeuc d'apporter son témoignage dans le procès qui s'instruit, et dont les termes sont nettement posés dans un excellent article de M. le docteur Porak, en voie de publication (1).

Nous avons des nouvelles récentes de l'opérée; au quatorzième jour, elle est aussi bien que possible. Le ventre, après avoir été ballonné, est redevenu souple, et la cicatrisation de la plaie abdominale est presque terminée; appétit suffisant, nulle souffrance; l'enfant, du sexe masculin, est toujours vigoureux. Et maintenant, par quelle manœuvre à lui personnelle M. Closmadeuc a-t-il obtenu ce beau résultat?

Je n'ai rien innové, nous écrit-il. L'opération, improvisée et exécutée sur l'heure, a été classique dans tous ses détails : chloroformisation, incision sur la ligne blanche, incision de la paroi antérieure de l'utérus, extraction de l'enfant et du délivre; toilette; suture entortillée de la boutonnière abdominale, en comprenant le péritoine ; drain à la partie inférieure; lavages à l'eau phéniquée au centième, et pansement ouaté. La plaie utérine n'a pas été suturée.

(1) Porak, Des sutures de l'utérus pendant l'opération césarienne, *Gaz. hebdom.*, 20 juin 1884.

Deux fois déjà, nous l'avons dit, M. Closmadeuc avait mené à bien l'opération césarienne. En juin 1870, c'était chez une primipare, en travail depuis vingt-quatre heures, ayant subi des tentatives de version pour une présentation anormale, et agonisante à l'arrivée de notre confrère. Le col contracté ne permettait plus aucune manœuvre ; l'enfant était mort. L'opération fut faite la nuit, dans une chaumière bretonne, éclairée par des chandelles de résine, et le trentième jour l'opérée s'en allait à pied, à une demi-lieue de son village, pour assister à une messe de relevailles. En mai 1873, c'était à l'hôpital de Vannes : femme de 28 ans, d'une taille de 0m97 et pourvue d'un rétrécissement extrême ; la mère et l'enfant vivent toujours ; l'observation est insérée dans les *Annales de gynécologie* (juillet 1874).

A ces trois faits heureux, faut-il joindre une opération de nécessité faite en 1873, pour laquelle M. Closmadeuc fut appelé *in extremis* après des tentatives de version répétées pendant douze heures ? En conscience, ce n'est pas la faute du chirurgien ni de l'opération, si l'utérus avait été rompu, si l'enfant était passé dans le péritoine, s'il fut extrait « mort, fracturé, déchiré de coups d'ongles », et si la mère ne survécut que trois jours.

M. Closmadeuc avoue loyalement ne pas savoir à quelles causes attribuer ses trois succès ; car il a opéré classiquement, sans aucun luxe de précautions. Puis il ajoute : « Si une autre occasion se présentait, j'agirais de même. Fort de mon expérience personnelle, je puis vous dire que je repousse l'opération de Porro. D'autre part, *je ne ferai jamais la suture utérine.* »

Jamais ! Et cependant, si une quatrième fois vous tentez la chance, si votre malade meurt de péritonite, et si l'autopsie vous démontre que la plaie utérine a versé dans l'abdomen du sang ou des liquides putrides, il faudra dire que la cause de la mort est cette plaie non réunie, qui chez vos trois malades a bien voulu d'elle-même adhérer à la paroi, mais qui presque toujours infecte le péritoine. C'est ainsi que meurent les femmes après l'opération césarienne, et c'est pour se débarrasser de la plaie utérine que l'idée est venue d'enlever l'utérus. L'opération de Porro a donné un succès sur deux cas à Tarnier, deux sur trois à Lucas-Championnière ; la repousser, c'est fort bien, mais à la condition de rendre l'opération rivale moins terrible en l'élevant au niveau de la chirurgie moderne, et de ne pas s'en remettre au hasard pour échapper aux dangers qu'elle présente. C'est à ce prix seulement que l'opération classique peut lutter avantageusement contre celle de Porro, qu'on appelle déjà une méthode de transition, et reconquérir le terrain perdu.

Quoi qu'il en soit, les trois observations qui font de M. Closmadeuc le chirurgien le plus heureux, le seul heureux de notre époque dans cette question délicate de l'opération césarienne, nous montrent bien de quelles initiatives sont capables nos confrères des départements, combien leur éducation chirurgicale les rend dignes de s'associer étroitement aux travaux des Sociétés parisiennes et combien il serait opportun d'offrir à leurs efforts, dans un Congrès annuel des chirurgiens français, une occasion de se montrer au grand jour et de se multiplier par l'exemple. — L.-G. R.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1884.

En fait de choléra, le rôle de prophète peut convenir à l'ignorance de ceux qui, traitant des questions épidémiques comme des questions politiques, mettent le choléra au nombre de leurs arguments électoraux. Il n'est pas celui de médecins préoccupés des intérêts de la santé publique, dévoués à leurs devoirs professionnels et surtout étrangers aux audacieuses réclames qui encombrent la presse politique depuis trois semaines.

Comme les épidémies des cinquante dernières années, le choléra de 1884 donne des démentis à ceux qui, prématurément, essayent d'en apprécier la durée, la violence ou le caractère ; à preuve l'élévation de la mortalité et de la morbidité depuis quelques jours, après la bénignité relative de son début.

En effet, à *Toulon*, du 11 au 12 juillet, les décès se sont élevés à 30, ainsi répartis : 6 à l'hôpital civil, 2 à l'hôpital maritime et 22 dans la ville et les faubourgs. La morbidité cholérique était de 141 cas dans les hôpitaux, surtout à l'hôpital maritime, où on signale de nombreux cas intérieurs, de sorte qu'on a décidé son affectation spéciale aux cholériques et l'envoi des malades ordinaires dans les bâtiments de l'ancien bagne.

Du 12 au 13, le nombre des décès a été de 22 ; du 13 au 14, de 28, dont 2 à l'hôpital Saint-Mandrier, et la morbidité, à cette date, a été de 116 cas dans les hôpitaux.

Du 14 au 15, on compte 120 décès.

A *Marseille*, du 11 au 12, on compte 65 décès en ville et à l'hôpital du Pharo ; 1 autre à l'asile des Aliénés, et celui d'une religieuse à l'hôpital de la Charité. On signale, de plus, la contamination de six navires ancrés dans le port.

Du 12 au 13, on a enregistré 57 décès cholériques ; du 13 au 14, 66, et du 14 au 15, 69 décès.

A *Nîmes*, le 15 juillet, on annonce la mort d'une femme arrivée le 11 de Marseille.

A *Aix*, on a compté 2 décès du 11 au 12 ; et à *Autun*, le 12 juillet, celui d'un individu réfugié de Toulon.

Enfin, à *Port-Mahon* (Espagne), on a observé, le 11 juillet, 3 cas cholériques, dont 1 terminé par la mort sur un navire en quarantaine venant de Marseille.

Au début de l'épidémie marseillaise actuelle, on avait cru remarquer le petit nombre des cas de choléra dans le quartier des usines à soufre. Dans le temps, rappelle un de nos estimables confrères du *Cosmos*, M. le docteur Tison, on a employé l'éthérolé de soufre dans le traitement de cette maladie. Notre confrère nous écrit à ce sujet ; mais qu'il nous permette une réserve : avant de discuter de la valeur de cet agent et de mettre le bacille cholérigène au traitement du micro-organisme de l'oïdium de la vigne, il faudrait établir la solubilité du soufre dans les liquides intestinaux. — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 juillet 1884. — Présidence de M. A. Guérin.

La correspondance non officielle comprend :

Une lettre de M. De Villiers, au sujet des mesures de désinfection prises par la Compagnie du chemin de fer de Paris-Lyon-Méditerranée. Contrairement à l'opinion émise par M. Fauvel et d'autres membres de l'Académie, M. De Villiers affirme que ces mesures de désinfection des voyageurs et de leurs bagages sont utiles et efficaces.

—

Correspondance officielle :

Une lettre de M. le ministre du commerce, qui s'adresse à l'Académie pour être renseigné sur la valeur des diverses mesures prophylactiques conseillées ou prises soit par le Comité d'hygiène, soit par les autorités administratives et municipales, au sujet du choléra. Il ajoute que M. Brouardel, président du Comité consultatif d'hygiène publique, a été chargé par lui de soumettre à l'approbation de l'Académie une série de propositions relatives à ces mesures.

Sur l'invitation de M. le Président, M. Brouardel donne lecture de ces propositions, précédées d'un exposé des motifs.

Voici ces propositions, qui ne sont autre chose que les conclusions du rapport de la commission du choléra, prise au sein du Comité consultatif d'hygiène publique, et dont faisaient partie MM. Brouardel, président, Pasteur, Peter, Proust, Legouest, Jules Rochard, Gallard, Vallin et Nicolas, directeur du commerce intérieur :

1° Les quarantaines terrestres, quelle que soit la forme sous laquelle on les établisse, sont impraticables en France.

2° Les pratiques de désinfection imposées aux voyageurs et à leurs bagages dans les gares des chemins de fer sont inefficaces et illusoires.

3° Il y a lieu d'établir sur les lignes des chemins de fer, dans les grandes gares, des postes de surveillance médicale pour donner des soins aux malades atteints par l'épidémie et les isoler des autres voyageurs.

4° Les mesures de préservation efficace sont celles que chaque personne doit prendre pour elle-même et pour sa maison.

Le devoir des municipalités est de veiller à ce que les prescriptions relatives à l'isolement des malades, à la désinfection des linges, vêtements, chambre, etc., soient rigoureusement accomplies et à ce que les précautions d'hygiène privée et générale soient exécutées dans toute leur rigueur.

Après la lecture du rapport de M. Brouardel, M. le Président propose de renvoyer ce travail à une commission prise au sein de l'Académie et qui devra, séance tenante, délibérer sur les conclusions de ce rapport et rédiger un nouveau rapport dont les conclusions soumises à l'approbation de l'Académie seront, après adoption, renvoyées en réponse à la demande de M. le ministre. Sur la proposition du bureau, l'Académie décide que cette commission sera constituée par la section d'hygiène. Les membres de cette section se retirent dans une pièce voisine pour délibérer, rédiger le rapport pour en présenter ensuite les conclusions à l'adoption de l'Académie.

Pendant ce temps, M. Léon Colin (du Val-de-Grâce) lit un travail en réponse à l'opinion exprimée par M. Fauvel sur l'origine sur place de l'épidémie de choléra de Toulon. Contrairement à cette opinion, M. Colin déclare que pour lui, dès le principe, il a été fixé sur la nature de l'épidémie de Toulon et sur la nécessité d'instituer la prophylaxie *du choléra asiatique.*

M. Colin déclare que ses études antérieures sont peu favorables à l'opinion récemment formulée par M. Koch (de Berlin) de l'influence salutaire des sécheresses qui, suivant le savant allemand, empêcheraient le développement des microbes cholérigènes. L'auteur estime en outre que c'est à tort que les eaux de boisson contaminées par les déjections cholériques ont été incriminées comme étant les agents les plus actifs de la contagion.

Après la lecture du travail de M. Léon Colin, travail très important, dont nous regrettons de ne pouvoir donner l'analyse, il se fait une suspension de séance en attendant la rentrée des membres de la section d'hygiène transformée en commission de la prophylaxie du choléra.

Au bout de quinze ou vingt minutes, la commission rentre dans la salle des séances et M. Lunier, rapporteur, monte à la tribune pour donner lecture du rapport de cette commission et en soumettre les conclusions à l'approbation de l'Académie.

Ces conclusions ne sont autres que celles du rapport de M. Brouardel telles que nous les avons reproduites plus haut et qui ont été adoptées, sauf d'infimes modifications de détail, à la suite d'une discussion confuse à laquelle ont pris part MM. Dujardin-Beaumetz, Colin (d'Alfort), Brouardel, Proust, Besnier, Béclard, Tarnier, Hardy, Gueneau de Mussy (Noël), Larrey, Legouest, Bucquoy, Villemin, Lagneau, Hervieux, J. Guérin et M. le président Alph. Guérin.

Entre temps l'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'anatomie pathologique. La commission présente : en première ligne, M. Cornil; en deuxième, M. Voisin; en troisième, M. Grancher; en quatrième, M. Hanot.

Le nombre des votants étant de 74, majorité 38 :

M. Cornil obtient 64 suffrages; — M. Voisin, 8; — M. Grancher, 2.

En conséquence, M. Cornil ayant obtenu la majorité des suffrages est proclamé membre titulaire pour la section d'anatomie pathologique.

— A cinq heures un quart, l'Académie se réunit en comité secret.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 juillet 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

Sommaire : Suite de la discussion sur le traitement chirurgical du cancer de l'utérus. — Traitement de la névralgie dentaire inférieure par l'arrachement de l'extrémité périphérique du nerf. — Discussion.

A l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, M. Léon Labbé demande à présenter quelques considérations sur le traitement chirurgical du cancer de l'utérus. D'abord, il est évident qu'il faut, dans cette discussion, mettre hors de cause le cancer de l'utérus à forme envahissante. A cette forme, il n'y a rien à opposer, ni opération générale, ni opération partielle. Aucun chirurgien sans doute ne consentirait à pratiquer une opération pour des cas de ce genre. Quand on parle de cancer opérable, il doit donc être bien entendu qu'il ne s'agit que du cancer épithélial.

En France, nous ne possédons sur ce sujet qu'un très petit nombre de documents d'ailleurs peu favorables à l'opération. Les résultats obtenus ne semblent guère mériter qu'on s'y arrête.

D'accord avec M. Gallard, M. Léon Labbé pense que l'opération n'est applicable que dans les cas de cancer utérin limité à la cavité du col, sans propagation aux parois vaginales, aux culs-de-sac du vagin ni aux ganglions pelviens. Jusqu'ici, les résultats ont été peu favorables à l'extirpation totale, même lorsqu'elle est pratiquée par la voie vaginale.

Une question importante du manuel opératoire est relative à l'abaissement de l'utérus à l'aide des tractions. M. Léon Labbé est d'avis que l'on peut parfaitement se dispenser des tractions et cependant avoir le col de l'utérus sous les yeux en plaçant la malade sur le côté gauche et en se servant du spéculum de Sims. On arrive ainsi, sans manœuvre violente, à voir le col se présenter presque à la vulve et à pratiquer les opérations dans des conditions plus faciles.

Quant au procédé, il peut être l'anse galvano-caustique, l'écraseur linéaire, le serre-nœud, le galvano-cautère, suivant la plus grande habitude que le chirurgien a de tel ou tel instrument. Incontestablement, l'écraseur linéaire a de grands avantages, mais ce n'est pas une raison pour rejeter l'anse galvano-caustique qui donne des sections nettes et qui est généralement d'une application facile.

M. Léon Labbé a obtenu, dans bon nombre de cas, par l'emploi de ce moyen, d'excellents résultats, la prolongation de la vie des malades et même quelques guérisons qui persistent depuis des années. Il cite, entre autres, le fait d'une malade qu'il a opérée, en 1872, d'un épithélioma utérin parfaitement caractérisé et qui vit encore dans un excellent état de santé. Une autre femme opérée, il y a trois ans, d'une maladie du même genre, au moyen du galvano-cautère, jouit à l'heure qu'il est d'une santé parfaite. Il est certain toutefois que ces cas de guérison sont rares et qu'il arrive plus souvent au chirurgien d'être consulté pour des cas où il ne peut, dans son opération, dépasser les limites du mal. Il faut pourtant prendre les cas comme ils se présentent et agir comme on peut. Lorsqu'il n'est pas possible d'enlever d'une seule fois la totalité du mal au moyen de l'anse galvano-caustique, on doit compléter l'opération, ainsi que l'a très bien dit M. Polaillon, par des applications de caustiques. Depuis nombre d'années, M. Léon Labbé a recours, à cet effet, aux applications de pâte de Canquoin à l'aide desquelles il achève de détruire les portions de tissu malade qui n'ont pu être enlevées par l'opération.

Au moyen de la pâte de Canquoin combinée avec le curage, M. Léon Labbé a réussi à restaurer la santé de maintes femmes condamnées à une mort prochaine; il a pu arrêter des hémorrhagies incessantes qui épuisaient les malades, modifier les écoulements ichoreux, rétablir l'appétit et les forces, procurer enfin une prolongation de vie de plusieurs années dans des conditions supportables.

M. Verneuil, de son côté, a communiqué des chiffres statistiques tout à fait encourageants qui montrent que l'on peut, par l'opération, donner une moyenne de survie de dix-huit à vingt mois. Certes, de pareils résultats valent bien la peine de tenter une opération, même lorsqu'on est dans l'impossibilité de dépasser les limites du mal et de faire une opération complète. Encore une fois, le chirurgien est bien forcé de prendre les cas comme ils se présentent dans la pratique, et de traiter le cancer utérin comme les médecins traitent la phthisie pulmonaire, en essayant de prolonger la vie des malades, sans espoir de les guérir.

M. Marchand se déclare partisan des opérations dites palliatives, parce qu'elles ont pour effet de prolonger la vie des malades et de les soulager au moins dans leurs souffrances quand elles ne peuvent pas les guérir. Les opérations palliatives ont donc leur raison d'être et donnent d'excellents résultats tout aussi bien dans les cas de cancer de l'utérus que dans ceux du cancer du rectum ou du larynx. D'ailleurs, tous les chirurgiens ont opéré des femmes atteintes d'épithélioma de l'utérus et qui ont été guéries à la suite de l'opération pendant un nombre d'années plus ou moins considérable. M. Marchand ne prétend pas que tous les essais de ce genre soient absolument encourageants; mais il tient à mettre sous les yeux de ses collègues une statistique des opérations pratiquées par le professeur Carl Schrœder, extraite par la *Revue médicale* d'un journal allemand de gynécologie.

Sur 26,200 malades, M. Schrœder a observé 811 cas de cancer utérin.

La proportion des cancers opérables fut, pour le col, de 42 p. 100; pour le canal cordical, de 20 p. 100; pour le corps de l'utérus, de 50 p. 100.

Pour la première de ces variétés, on fit 96 amputations intra et supra-vaginales et 8 ablations totales; pour la deuxième, 9 amputations et 30 extirpations totales; pour la

troisième, 13 amputations sus-vaginales et 4 extirpations totales. Sur ce total, 31 femmes moururent des suites immédiates de l'opération, soit 19 p. 100; quant au chiffre de guérisons complètes, il a été difficile de l'établir, beaucoup de malades ne s'étant pas représentées à l'observation de l'opérateur. Toutefois on a pu s'assurer, par de consciencieuses recherches, que 15 ou 16 femmes, toutes opérées depuis plus de deux ans, et même plusieurs depuis quatre ou cinq ans, et qui ne s'étaient pas soumises à un examen normal, avaient conservé un état de santé parfaite.

Si l'on veut se rendre compte de la valeur relative des modes opératoires mis en usage, on voit que, sur un ensemble de 24 guérisons, on a obtenu:

1° Par l'amputation supra-vaginale et abdominale, 80 p. 100;
2° Par l'opération de Freund, 33 p. 100;
3° Par l'extirpation totale par le vagin, 33 p. 100;
4° Par l'amputation vaginale et supra-vaginale, 25 p. 100;
5° Par l'amputation au fer rouge, 42 p. 100.

On voit, par cet exposé, que la laparo-hystérectomie est l'opération qui a donné les meilleurs résultats.

M. Terrier critique la dénomination d'opérations palliatives appliquées au traitement chirurgical du cancer utérin; il vaudrait mieux dire, suivant lui: opérations complètes ou incomplètes, suffisantes ou insuffisantes. Ces opérations ne sont pas d'ailleurs nouvelles; il y a longtemps, dès avant la dernière guerre, que M. le professeur Trélat opérait le cancer du col de l'utérus avec l'anse galvano-caustique, opération qui n'est pas toujours inoffensive et qui ne donne pas toujours de brillants résultats, parce que, ainsi que l'a très bien dit M. Trélat, les malades arrivent à la consultation lorsque la maladie est avancée et que des retentissements fâcheux se sont produits dans les ganglions pelvi-péritonéaux.

Est-il possible de tenter une opération absolument curative, comme on l'a fait en Allemagne et à Bordeaux? Peut-on espérer une guérison radicale par l'extirpation totale de l'utérus cancéreux? M. Terrier pense qu'il est logique de le tenter, à la condition que les progrès du manuel opératoire seront parvenus à corriger ce que l'opération présente encore de trop dangereux.

M. Lucas-Championnière est loin de condamner les opérations partielles appliquées au traitement chirurgical du cancer de l'utérus ; seulement, sa pratique personnelle ne lui a pas donné des résultats encourageants, et il aurait plus de tendance à recourir à l'extirpation totale, si l'opération n'était pas si dangereuse. L'amputation partielle n'est pas non plus aussi innocente qu'on a bien voulu le dire. Dans ces conditions, il paraît préférable à M. Lucas-Championnière de s'en tenir aux soins, aux pansements, aux cautérisations palliatives, lorsque, d'ailleurs, la vie des malades n'est pas en danger. Il est, en effet, impossible d'affirmer à première vue, quoi qu'en disent les micrographes, si, en présence d'une tumeur ou d'une ulcération du col utérin, il s'agit d'un cancer épithélial ou d'une métrite fongueuse.

M. Lucas-Championnière ne fait donc pas d'opération partielle, à moins que des hémorrhagies abondantes et impossibles à réprimer, des douleurs intolérables et réfractaires à tous les moyens thérapeutiques ne mettent en danger la vie des malades. Il a rencontré un assez grand nombre de femmes qui sont venues mourir à l'hôpital après avoir subi l'opération partielle, et qui ne seraient probablement pas mortes, si on les avait laissées tranquilles.

M. Trélat rappelle qu'il a depuis longtemps appliqué l'opération de l'ablation du col de l'utérus par l'anse galvano-caustique dans les cas de cancer de cet organe. Mais il fait remarquer qu'il s'agit ici d'une affection d'un diagnostic difficile, à délimitation incertaine, à marche redoutable; contre cette affection, on emploie des opérations dont le danger croît avec la puissance; c'est-à-dire que l'opération crée des dangers d'autant plus grands que l'étendue du champ opératoire est plus considérable. Il faut considérer, d'ailleurs, que l'incertitude du diagnostic ne permet pas de se prononcer d'une manière absolue sur l'étendue de la maladie et qu'on n'est jamais sûr, quelque large que soit l'opération, d'enlever la totalité du mal.

M. Trélat déclare que si l'extirpation totale parvient, par une série de perfectionnements possibles, mais qu'il n'est pas encore permis d'entrevoir, à écarter la plus grande somme des dangers qui lui sont inhérents, alors les dangers, ne croissant plus en raison de l'étendue opératoire, il sera des premiers à s'y rallier.

En attendant, il est absolument convaincu que la moyenne des opérations partielles pratiquées sur le col utérin ne donne pas des résultats supérieurs ou même égaux à

ceux que l'on obtient par les soins, les pansements, en un mot par le simple traitement palliatif.

M. Verneuil pratique l'ablation du col utérin cancéreux toutes les fois qu'il arrive assez à temps pour trouver une ulcération parfaitement limitée; il agit pour l'épithélioma du col utérin comme pour l'épithélioma de la lèvre. L'extirpation totale est réservée pour le jour où la technique opératoire aura fait assez de progrès pour que le chirurgien ne soit pas condamné au douloureux spectacle de voir la moitié des opérés succomber dans la première semaine de l'opération.

Contrairement à l'opinion de M. Lucas-Championnière, M. Verneuil estime que l'amputation du col est une opération relativement peu grave; elle n'a pas plus de gravité que l'amputation partielle de la langue ou la résection des mâchoires.

Quant à l'abaissement de l'utérus, il n'a jamais vu qu'il fût nécessaire de pratiquer des tractions bien énergiques sur le col pour l'amener à l'orifice vulvaire.

M. Polaillon dit qu'il est facile, quand on a opéré une femme au début de la maladie, de voir sur la section du col si l'on a ou non enlevé toute la partie malade. Après l'ablation, si l'on remarque un point suspect, il est facile également d'en poursuivre la destruction par des moyens d'exérèse secondaire, par des caustiques variés, flèches de chlorure de zinc, etc.; on a ainsi une opération complète, une opération non palliative, mais curative, qui peut être suivie d'une guérison définitive, et qui, ainsi que l'a très bien dit M. Verneuil, peut être considérée comme bénigne relativement à celles pratiquées avec l'instrument tranchant.

M. Terrier n'admet pas, comme le prétend M. Polaillon, qu'il soit possible de voir sur une tranche de tissu utérin, examinée au microscope, si toute la portion malade a été enlevée; on n'est donc jamais sûr, quelque large qu'ait été l'opération, d'avoir enlevé la totalité du mal et pratiqué une opération complète.

Il n'est pas admissible, d'autre part, qu'après l'ablation, si l'on remarque un point suspect dans la portion laissée, il soit possible de le détruire complètement avec le chlorure de zinc qui aurait, au dire de M. Polaillon, une action élective sur le tissu cancéreux, en respectant le tissu musculaire. M. Terrier serait plutôt porté à croire que le chlorure de zinc détruit plus facilement le tissu musculaire que le tissu cancéreux. Sans doute les opérations ainsi pratiquées sont bénignes, mais elles ne le sont que relativement à la gravité des extirpations totales; elles n'ont pas la bénignité absolue que leur prêtent MM. Gallard et Polaillon.

— M. Monod communique deux observations de névralgie du nerf dentaire inférieur guérie par l'élongation avec arrachement de l'extrémité périphérique du nerf.

L'un des deux malades a été opéré, il y a treize mois, et il n'y a pas eu de récidive. Ce malade a subi deux opérations. La première a consisté dans la trépanation de la branche montante du maxillaire inférieur, telle que l'a conseillée M. Polaillon. Le résultat immédiat fut excellent, mais, au bout de quatre mois, les douleurs reparaissaient, et, au bout de six mois, la récidive était complète. La douleur avait son siège principal au niveau du trou mentonnier; c'est en ce point que M. Monod résolut d'attaquer le mal. A l'imitation de Jules Roux (de Toulon) qui, le premier, eut l'idée de cette opération, et, par le procédé de Beau, élève de Roux, M. Monod a fait l'application d'une couronne de trépan au niveau du trou mentonnier; il a ainsi découvert l'extrémité du nerf dentaire sur laquelle il a pratiqué des tractions suivies de l'arrachement complet de cette extrémité. Les douleurs ont rapidement et complètement cessé et la guérison persiste encore aujourd'hui treize mois après l'opération.

M. Monod rapproche ce procédé de celui qui a été appliqué avec succès au traitement de la névralgie sous-orbitaire rebelle et qui consiste à pratiquer l'arrachement de l'extrémité terminale de ce nerf, et il demande s'il n'y aurait pas avantage, dans les cas rebelles de névralgie du nerf dentaire inférieur, de pratiquer cette opération.

M. Monod a appliqué le procédé dont il s'agit chez un second malade; mais l'opération est encore trop récente pour qu'il croie devoir en communiquer les résultats.

M. Polaillon se demande comment l'arrachement de l'extrémite terminale d'un nerf pourrait amener la guérison d'une névralgie ayant son siège sur un point plus élevé.

M. Tillaux rappelle qu'il a fait trois fois l'opération dont vient de parler M. Monod; la première remonte à douze ou quinze ans. Il l'a faite d'après le même procédé que M. Monod, et le malade s'est toujours bien porté depuis.

A la trépanation, M. Tillaux préfère, pour la recherche et la découverte du nerf den-

taire inférieur, l'emploi du ciseau et du maillet avec lesquels, à petits coups, il procède à l'ouverture du canal dentaire. Ce procédé est plus facile et plus inoffensif que la trépanation. Si l'on a une petite hémorrhagie, l'écoulement du sang devient un point de repère annonçant la présence de l'artère dentaire et par conséquent du nerf qui lui est accolé.

Quant à l'élongation, il a paru à M. Tillaux qu'elle était fort difficile à faire par ce procédé, vu les adhérences du nerf à la paroi osseuse.

M. Monod répond à M. Polaillon que s'il est difficile d'expliquer comment l'arrachement de l'extrémité terminale d'un nerf peut guérir la névralgie de ce nerf, il n'en est pas moins prouvé par les faits que la chose est possible; on a vu des névralgies très étendues être guéries par l'arrachement de l'extrémité périphérique des nerfs douloureux. C'est ainsi qu'on a réussi à faire disparaître des névragies rebelles du nerf sous-orbitaire.

M. Monod est de l'avis de M. Tillaux sur la difficulté de l'élongation du nerf dentaire inférieur dans son canal osseux.

M. Tillaux fait observer qu'il y aurait une grande importance à déterminer la névralgie à une origine centrale ou périphérique. Dans le premier cas, en effet, il n'est pas possible de guérir le malade par une opération. Pour arriver à cette détermination, il convient de s'enquérir avec soin auprès du malade quel a été le point de départ de la névralgie; si la réponse est affirmative et précise, c'est sur ce point initial qu'il faut faire porter l'excision; il est possible qu'il y ait là un névrome dont l'arrachement fait disparaître la maladie. — A. T.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 juillet 1884. — Présidence de M. Bucquoy.

Sommaire : *Précautions prises ou à prendre en prévision du choléra. — Rapport de M. Vallin sur la transmissibilité et la prophylaxie de la tuberculose.*

M. Vallin présente une *Instruction sur la conduite à tenir en cas d'épidémie de choléra*, et qu'il a rédigée l'année dernière pour la Société de médecine publique. Cette brochure épuisée vient d'être réimprimée, et la multiplicité des demandes semble dénoter de la part du public un peu plus d'affolement qu'il ne convient.

M. Ern. Besnier : Nous ne devons pas laisser croire que nous nous désintéressons de l'épidémie qui règne à Toulon et à Marseille, bien qu'aucun cas n'ait encore frappé Paris. Si les préoccupations du public sont exagérées, celles des médecins sont légitimes. Or, nous n'avons pas encore en notre possession de règles suffisamment établies sur la conduite à tenir en face du choléra.

J'ai lu avec stupéfaction dans les journaux politiques du matin le récit d'une visite faite à Marseille M. Koch (de Berlin). M. Koch semble être venu dans cette ville, non pas seulement pour y poursuivre ses études sur le bacille du choléra, mais à la façon d'un inspecteur; il a fait une conférence aux médecins et à la municipalité, et a eu l'air de leur apprendre la manière dont ils devaient se conduire en face de l'épidémie. Il semble que dans cette circonstance, si l'on ajoute foi au récit des journaux politiques, la mesure de ce qui est convenable n'a pas été observée par tout le monde, et peut-être y a-t-il eu quelque abus d'hospitalité dont les Français sont coutumiers, bien qu'ils doivent s'attendre à ce que la pareille ne leur soit pas rendue à l'étranger.

Mais cela est un hors-d'œuvre, et voici pourquoi j'ai demandé la parole : la commission d'hygiène des hôpitaux s'est demandée ce qu'on ferait le jour où le premier cholérique serait apporté dans un hôpital. Le désir de l'administration était de mettre les cholériques dans les hôpitaux courants. Mon collègue, M. Lailler et moi, nous avons réussi à faire changer cette détermination, et nous avons assez facilement, il faut le reconnaître, fait accepter la nécessité d'avoir au moins deux hôpitaux préparés pour recevoir exclusivement les cholériques. Après examen attentif des diverses nécessités, il a été décidé que ce seraient l'hôpital des Mariniers, sur la rive gauche, près de Montrouge, contant 200 lits et actuellement géré au point de vue médical par M. Tapret, et l'hôpital Bichat, situé à la porte de Saint-Ouen, contenant un nombre égal de lits et qui va être évacué dans ce but. On aura ainsi de quoi satisfaire aux premières exigences, et, si le choléra se développe à Paris après les fêtes de lundi, les premières mesures auront été prises.

Mais, quand on passe des dispositions générales au détail des mesures particulières, on se trouve en présence d'une foule de petites difficultés à résoudre. Que fera-t-on : 1° lorsque des cas intérieurs se seront développés dans les hôpitaux, comme cela s'est toujours vu, aussitôt que le premier cas de choléra a été signalé en ville ; 2° lorsque des cholériques seront apportés la nuit sur un brancard et à la dernière extrémité? Il sera impossible de les envoyer aux deux hôpitaux précités et trop éloignés et nous nous verrons forcés de manquer à nos propres prescriptions. Le meilleur moyen d'obvier à cette difficulté serait de créer dans chaque hôpital une sorte de lazaret permanent, ce que j'ai proposé depuis longtemps et ce [qui permettrait en temps ordinaire de tenir certains malades en observation pendant quelques jours. Ce genre de lieu d'isolement n'existant pas, il va falloir le créer extemporanément, et il a été décidé que dans chaque hôpital serait désigné un service particulier pour les cas cholériques déclarés à l'intérieur ou admis par urgence. Il est du devoir de chacun de nos collègues d'aller examiner les locaux désignés pour voir s'ils remplissent les conditions nécessaires.

Pour l'hôpital Saint-Louis, j'ai visité ce matin le service de baraques, qui a jusqu'ici servi aux varioleux et qui peut tenir de 120 à 150 lits. Or, en examinant les latrines qui serviront de réservoir aux matières cholériques, j'ai constaté que c'était une chambre mal ventilée, surplombant les jardins, et contenant deux tinettes filtrantes. C'est déjà un mauvais système en vue des matières cholériques, presque toujours liquides et destinées à passer en totalité au travers du filtre. En outre, le contenu de ces tinettes va se déverser dans l'égout de l'hôpital, en passant notamment sous les salles de l'hôpital où l'on a toujours vu naître les premiers cas intérieurs de choléra, et enfin se jeter dans l'égout général ; cela dit, en passant, nous montre où mène le système du tout à l'égout en temps d'épidémie.

Si l'on examine maintenant le moyen de désinfecter les matières des cholériques, de quel personnel et de quels moyens d'action nous disposons, on arrive bientôt à la conviction qu'il est impossible de réunir d'une façon extemporanée les moyens que l'hygiène exige ; il sera impossible de faire bien, il faut seulement s'efforcer de faire le moins mal possible.

L'Administration est prête à répondre aux demandes qui lui seront soumises, encore faut-il que nous demandions quelque chose, et l'Administration nous a dit que nos collègues ne lui demandaient rien.

M. Martineau demande ce que M. Besnier compte faire pour désinfecter ses baraques à Saint-Louis ; car il se propose de suivre son exemple à Lourcine, si on lui confie les baraques, dans lesquelles d'ailleurs les malades souffrent horriblement de la chaleur en ce moment. Il s'est déjà préoccupé de la nécessité de désinfecter, et, outre les solutions de chlorure de chaux, de sulfate de zinc ou de cuivre pour nettoyer les bassins et les cuvettes, il a demandé de faire des pulvérisations avec du vinaigre de Pennès coupé d'eau pour désinfecter la literie et l'air ; l'Administration a refusé absolument le vinaigre de Pennès.

M. Ern. Besnier : Pour désinfecter les matières fécales, je ferai, suivant les exemples de M. Vallin, détruire dans les vases mêmes les matières organiques avec du chlorure de zinc ou un autre désinfectant analogue. M. Lailler a eu une idée qui serait peut-être excellente, ce serait d'opérer la *crémation des matières fécales* en utilisant les voitures à bitume. On ferait passer ainsi les matières dans une série de fourneaux agglomérés jusqu'à ce que les matières fussent totalement détruites, et l'on serait ainsi affranchi de la nécessité redoutable du tout à l'égout. En pratique, l'idée de M. Lailler serait peut-être irréalisable à cause de l'abondance des matières à détruire.

Quant au vinaigre de Pennès, j'ai souvent regretté que son prix élevé ne permît pas de l'utiliser dans les hôpitaux ; son odeur est agréable, et il peut rendre quelques services ; mais, dans les circonstances actuelles, on ne peut imposer à l'Administration des frais considérables pour l'emploi d'une substance qui est plutôt un antiseptique qu'un désinfectant, et qui a d'ailleurs été formellement rayée de la liste des médicaments que peuvent réclamer les médecins.

M. Gérin-Roze : L'Administration semble nous reprocher, par l'intermédiaire de M. Besnier.....

M. Ern. Besnier : Non, c'est moi-même qui fais ce reproche.

M. Gérin-Roze : Eh bien, M. Besnier nous reproche de ne pas présenter de réclamations à l'Administration. Bien des fois, pour ma part, j'ai demandé différentes améliorations. Pour ne parler que de ce qui a quelque rapport avec le sujet qui nous occupe, j'ai demandé à ce que mes malades eussent de l'*eau filtrée*. Il n'est pas possible de nier

aujourd'hui que l'eau souillée ne soit un des plus puissants agents de propagation des maladies infectieuses. A Tenon, j'ai demandé d'abord un filtre général pour l'hôpital; comme pis-aller, j'ai obtenu après une longue attente un filtre pour chacune de mes salles. Il faut qu'on sache aussi que les infirmiers ne boivent point d'eau filtrée, et l'économe de Lariboisière, à qui je soumettais ce matin même ce *desideratum*, m'a dit que l'Administration avait refusé un filtre pour le réfectoire des infirmiers. Il n'est pas prouvé même que les tisanes de la pharmacie soient faites avec de l'eau filtrée.

Chargé d'une crèche à Tenon, j'ai souvent reçu des enfants mourants de diphthérie ou de rougeole, qu'ils avaient contractée dans les hôpitaux d'enfants où leurs parents les avaient menés, et je n'ai pu obtenir de l'Administration qu'un écriteau fût apposé à la porte de Trousseau et des Enfants-Malades, avec cette inscription : « Aucun visiteur ne sera admis avant l'âge de 16 ans. » A Lariboisière encore, je vois des familles qui amènent plusieurs enfants visiter des malades atteints d'affections contagieuses, et je viens de demander à M. Bailly, inspecteur de cet établissement, qu'une pancarte avertît les parents du danger que leurs enfants courent dans ces visites aux hôpitaux.

M. Ern. Besnier : Ne laissons pas la discussion dévier. Il s'agit du choléra, de l'eau et des filtres. Lorsque j'adresse des reproches à nos collègues, c'est pour répondre à des reproches qui nous sont adressés. La question des filtres est complexe. Si l'on proposait à M. Vallin d'installer un filtre dans son service, il refuserait probablement.

M. Vallin : Il y a des filtres qui salissent l'eau.

M. Ern. Besnier : En effet, un filtre ne peut être entretenu en état de propreté suffisante qu'avec les soins les plus minutieux; sinon, il devient lui-même une source d'infection. D'ailleurs, je ne sais si l'on nous a dit la vérité, mais l'Administration nous a affirmé que, sauf trois hôpitaux, tous étaient pourvus de filtres, au moins partiellement. Les hôpitaux sont à peu près aussi bien fournis que la Ville. Même abonné à un réservoir, on ne reçoit pas toujours l'eau qu'on pense, par suite des anastomoses entre diverses sources d'eau, que l'Administration fait jouer en cas de besoin. Il est même impossible, quand on cherche à sonder ces mystères, de savoir quelle eau on boit dans sa propre maison.

M. Bucquoy pense qu'avant de s'engager plus avant dans les questions d'hygiène relatives aux épidémies, la Société devrait écouter le rapport de M. Vallin sur la transmissibilité de la tuberculose.

M. Ferrand dépose sur le bureau l'*Eloge* de M. Fabre (de Marseille), dont la perte récente a fait naître de vifs regrets parmi tous ceux qui le connaissaient.

(*La suite au prochain numéro.*)

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 4 au jeudi 10 juillet 1884. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1,105. — Fièvre typhoïde, 41. — Variole, 1. — Rougeole, 39. — Scarlatine, 6. — Coqueluche, 14. — Diphthérie, croup, 27. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 6. — Infections puerpérales, 4. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. aiguë), 60. — Phthisie pulmonaire, 188. — Autres tuberculoses, 14. — Autres affections générales, 73. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 47. — Bronchite aiguë, 21. — — Pneumonie, 53. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 86; au sein et mixte, 34; — inconnues, 8. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 109 ; circulatoire, 47 ; respiratoire, 61 ; digestif, 71 ; génito-urinaire, 32 ; de la peau et du tissu lamineux, 10 ; des os, articulat. et muscles, 10. — Morts violentes, 37 — Causes non classées, 6.

Le service de Statistique a compté pendant la semaine actuelle 1,105 décès, au lieu de 991 qui s'étaient produits la semaine précédente.

C'est exclusivement aux maladies de l'enfance, notamment à l'Athrepsie des nouveau-nés, qu'il faut attribuer cette augmentation considérable du nombre des décès.

L'Athrepsie, la grande cause de mort des enfants à la mamelle, fait 128 décès au lieu de 75 décès qu'elle avait causés la semaine dernière. On sait que la fréquence de cette maladie est généralement en rapport immédiat avec la hauteur du thermomètre.

La Méningite, qui a causé cette semaine 60 décès de tout âge (au lieu de 51 la semaine précédente) a redoublé de fréquence sur les jeunes enfants, car nous comptons cette semaine 24 décès dus à cette cause parmi les enfants de 0 à 1 an (le chiffre moyen est 9). C'est donc presque exclusivement à l'action funeste que la chaleur exerce sur l'organisme

des enfants à la mamelle qu'est due l'augmentation du nombre des décès que nous constatons cette semaine.

En ce qui concerne les maladies épidémiques, voici à quelles conclusions conduit la comparaison des chiffres des dernières semaines :

La Fièvre typhoïde qui n'a présenté qu'une rémittence passagère et peu marquée au commencement de juin est redevenue fréquente depuis trois semaines (39 décès, puis 43 et enfin 41 cette semaine). Le quartier de l'Europe, qui en présentait quelques cas régulièrement chaque semaine, n'a pas compté cette semaine de décès dû à cette cause. Mais le Faubourg Saint-Denis (2 décès cette semaine), Saint-Ambroise (3 décès), la Roquette (1 décès), les Quinze-Vingts (4 décès), qui préseetent chaque semaine des décès par Fièvre typhoïde, continuent à être atteints par cette maladie.

La Rougeole (39 décès au lieu de 41), sans être aussi fréquente qu'elle l'était aux mois de mars et d'avril dernier, présente depuis deux semaines une certaine aggravation. Le quartier de la Gare (3 décès cette semaine), où cette maladie n'a guère cessé depuis le mois de février dernier de faire des victimes, est encore un des plus atteints. Il faut encore citer comme atteints à des degrés divers d'épidémies locales de Rougeole : l'École militaire (3 décès), Batignolles (1 décès), les Épinettes (3 décès), et enfin Belleville (2 décès).

La Diphtérie (27 décès au lieu de 26), a cessé définitivement de régner à l'état épidémique. La Coqueluche (14 décès au lieu de 12) reste à l'état stationnaire. La Variole (1 décès au lieu de 2) et la Scarlatine (6 décès au lieu de 3), continuent à être rares.

La Bronchite (21 décès au lieu de 18) et la Pneumonie (53 décès au lieu de 57), font l'une et l'autre peu de victimes.

Le service de Statistique a reçu notification de 416 mariages et de 1,267 naissances d'enfants vivants (625 garçons et 615 filles), dont 950 légitimes et 317 illégitimes. Parmi ces derniers, 68 ont été reconnus immédiatement après la naissance, par un des parents ou par les deux.

Dr Jacques Bertillon,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

COURRIER

Nous publions plus bas l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la maison de santé Dubois, *du* Lait *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile dans des boîtes en cristal plombées. Ce mode de vente, qui supprime l'intervention frauduleuse des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

Faculté de médecine de Paris. — M. le professeur Trélat est transféré, sur sa demande, de l'hôpital Necker à l'hôpital de la Charité, dans la chaire de clinique de M. Gosselin. M. le professeur Le Fort remplace M. le professeur Trélat à l'hôpital Necker.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de E. Ritter, professeur de chimie médicale à la Faculté de médecine de Nancy. Notre distingué confrère a succombé, dans sa quarante-huitième année, à l'affection cérébrale qui l'avait obligé à suspendre son enseignement depuis plusieurs années.

— Nous apprenons également avec regret la mort de M. le docteur Béchet, doyen des médecins d'Avignon.

Bureau de bienfaisance. — M. le docteur Roussy, chef de laboratoire à la Faculté de médecine, a été élu médecin du bureau de bienfaisance dans le Ve arrondissement.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

Herpès labial et zona.

(Extrait d'une communication faite à la Société médicale de Gannat, le 5 décembre 1883.)

Par le docteur Lagout, d'Aigueperse.

Le docteur Henri Barth a publié, dans l'*Union médicale* du 10 novembre 1882, un intéressant travail intitulé : *Etiologie et nature du zona.* Le but de ce travail est de classer le zona dans les maladies générales spécifiques ; et il dénie aux autres variétés du genre vésiculeux, fébriles ou non, cet important caractère. Il dit : « Alors que le zona véritable « ne récidive presque jamais, les divers herpès, fébriles ou non, se répètent chez cer- « tains sujets avec une extrême fréquence; tandis que l'un paraît avoir une origine « constante, et se montre comme la manifestation extérieure d'une maladie toujours la « même, les autres ne sont qu'une conséquence accessoire de la perturbation nerveuse « qui, chez certains sujets, succède à un accès fébrile, à une fatigue physiologique « excessive, voire même à une émotion morale.

« C'est ainsi qu'on voit l'herpès facial se montrer dans une fièvre éphémère, dans la « pneumonie, dans la fièvre typhoïde, dans la fièvre intermittente; que, chez certaines « femmes, il paraît à l'occasion des règles ou à la suite d'une insomnie; c'est ainsi que « l'herpès génital peut survenir en quelque sorte périodiquement après chaque rappro- « chement sexuel; la plupart des herpès ne sont que des épiphénomènes, et en admet- « tant même, ce qui est loin d'être démontré, que la fièvre herpétique est une entité « morbide spéciale, il est en tout cas bien certain qu'elle n'est pas la même que la fièvre « zostérienne. »

Tout en rendant hommage à notre distingué confrère Barth, et en adoptant ses principales conclusions, je ne puis m'empêcher de revendiquer pour l'herpès labial la place importante qu'il occupe, selon moi, dans les manifestations pathologiques.

Le zona et l'herpès labial sont deux variétés d'un même genre, et M. Barth lui-même leur reconnaît une origine voisine au point de vue pathogénique. Je réclame pour l'herpès labial la faveur qu'il accorde au zona, celle d'être classé comme manifestation locale d'une maladie générale spécifique.

J'ai besoin tout d'abord de préciser le sens des mots. Les éruptions se manifestent soit

---

FEUILLETON

CAUSERIES

*M. Koch interviewé par l'*Express *de Lyon. — La diarrhée chólériphobe des journaux. — M. Fr. Sarcey et la cataracte aux frères Saint-Jean-de-Dieu. — Funestes effets de la chaleur. — Un nouveau Médée. — Un cheval qui se venge et un chien qui se suicide.*

Nous sommes à l'époque de la moisson, et, comme les paysans, j'ai fait ma petite récolte, non pas dans les champs de la nature, mais dans ceux de la presse, qui sont moins naturels. — A tout seigneur, tout honneur, dit-on; je commence donc par le choléra et par l'illustre docteur Koch, qui est venu, d'Allemagne à Toulon, exprès pour étudier le choléra. L'illustre docteur Koch, comme disent les journaux, s'est fait *interviewer* par l'*Express* de Lyon, dont le collaborateur rapporte ainsi qu'il suit la conversation qu'il a eue avec lui.

*
* *

« Nous lui avons tout d'abord demandé quelles étaient, suivant lui, les causes du choléra à Toulon?

— Le choléra a été importé, mais son influence pernicieuse a été développée d'une façon toute particulière, par les lamentables usages de Toulon. Détritus et immondices sont jetés dans les ruisseaux des rues de cette ville mal entretenue. L'eau courante ne peut entraîner toutes ces impuretés. Le microbe du choléra trouve, dans ces ruisseaux

sous la forme d'éruptions simples, non précédées par un accès de fièvre, soit sous forme de fièvre éruptive, un accès fébrile précédant l'éruption.

A l'état d'éruption, l'herpès labial est insignifiant, et je n'ai pas souvenance d'avoir été appelé dans nos campagnes pour voir un groupe d'herpès survenu chez une femme pendant sa menstruation.

A l'état de fièvre éruptive? C'est dans ces conditions que l'on observe ordinairement l'herpès labial; si l'éruption est déjà sortie, vous pouvez affirmer que la fièvre l'a précédée de trente-six à quarante-huit heures; et si vous voyez le malade pendant la période fébrile et avant l'éruption, vous pouvez l'annoncer lorsque vous aurez constaté les conditions de sa genèse.

Quoique, personnellement, je n'aie jamais observé le zona à l'état de fièvre éruptive, je ne doutais pas de la possibilité du fait. J'en connais maintenant deux observations, la première de mon collègue d'Aigueperse, le docteur Degeorges, et la seconde contenue dans le travail du docteur Barth. En lisant ce dernier fait, on est frappé de la parfaite similitude de cette fièvre avec celle qui aboutit à un herpès labial : même début par un frisson, même durée de quarante-huit heures pour la fièvre, et si le résultat diffère, là le zona, ici l'herpès labial, je dois en conclure, contrairement au docteur Barth, que la fièvre herpétique est bien la même que la fièvre zostérienne... lorsque le zona affecte dans son évolution, à titre exceptionnel, les allures d'une fièvre éruptive.

Notre confrère nous dit que la spécificité de l'herpès labial est loin d'être démontrée; mais, en clinique, il me semble que les faits ne se démontrent pas, ils se *montrent;* la dernière observation que j'ai publiée à ce sujet, dans l'*Union médicale*, n'a pas d'autre but. Il s'agissait d'une jeune femme récemment accouchée, prise d'un violent frisson, puis d'une forte fièvre avec céphalalgie, douleurs lombaires, insomnie, subdelirium.

A ma première visite, mon attention est attirée par une certaine sensibilité dans la fosse iliaque gauche, qui n'avait d'autre cause que la constipation. Une évacuation provoquée dissipa la douleur et la rénitence, et, dès le lendemain, je ne constatais plus que la même fièvre avec le même cortège de douleur à la tête et aux reins. C'est alors que je diagnostiquai un herpès labial, qui parut effectivement vingt-quatre heures après mon diagnostic, et qui fut suivi de la défervescence.

Les faits de cette nature, ajoutés à ceux qu'a publiés le professeur Parrot, *montrent* bien la spécificité de cette fièvre éruptive.

Peut-on rencontrer une identité plus parfaite entre cette fièvre, qui aboutit à un herpès labial, et celle du docteur Barth, qui aboutit à un zona des branches du trijumeau? Je ne comprends pas pourquoi le zona est si bien reçu à son arrivée (aussi bien par moi que par lui) et pourquoi l'herpès labial n'est plus considéré que comme un *épiphénomène*. Ajoutons que la fièvre est bien aussi *éphémère* dans un cas que dans l'autre, puisque la durée n'est que de quarante-huit heures ; et concluons, avec le professeur Parrot,

---

sales, un véhicule naturel, d'autant mieux que ces eaux souillées servent aux usages quotidiens, et deviennent de toutes sortes un agent de transmission.

« Nous signalons au docteur le cas suspect qui s'est produit à Lyon, cette nuit.

« — Je n'ai pas eu le temps de l'étudier, dit-il. Mais, suivant moi, c'est un cas sporadique tout simplement.

« Nous interrogeons le docteur sur la propagation éventuelle de l'épidémie.

« — L'épidémie suivra son cours, et se promènera sur tout le continent. Elle ne s'isolera pas à Marseille ou à Toulon. L'Europe entière peut s'attendre à sa visite.

« — Que pensez-vous, docteur, de l'immunité de la ville de Lyon? Nous lui faisons connaître les théories ingénieuses et savantes du docteur Vinay, et nous lui demandons ce qu'il en pense.

« Le docteur Koch a visité la ville; il s'est arrêté à Lyon, parce qu'il n'était point sans connaître les privilèges particuliers à notre cité. Il a visité ce qu'il appelle l'ancienne ville et la ville nouvelle.

« Le système de canalisation des égouts lui paraît remarquable dans l'ancienne ville et semble constituer pour elle une cause très sérieuse d'immunité.

« Quant à la ville nouvelle, il fait des réserves.

« L'égout collecteur lui paraît insuffisamment garanti. Il n'est pas installé assez profondément dans le Rhône, et peut servir d'instrument de propagation du choléra.

« Les journaux ayant reproduit le système du docteur Koch sur cette propagation de l'épidémie, qui, suivant lui, ne peut se produire dans les déserts « dépourvus d'eau », les caravanes, dans ces conditions, traversent, indemnes, le désert; nous lui faisons

que cette fièvre dite éphémère est bien née sous l'influence du principe morbide herpès.

Après la fièvre éphémère, le docteur Barth et le professeur Hardy rencontrent encore l'herpès labial, comme « épiphénomène », dans la pneumonie, dans la fièvre typhoïde, dans la fièvre intermittente. Ces auteurs auraient pu ajouter l'*angine*, car l'herpès labial peut faire irruption prématurément à la gorge. Le professeur Lasègue, dans son *Traité des angines*, a étudié cet herpès de la gorge et s'est bien gardé de considérer l'éruption qu'il constatait aux lèvres comme un épiphénomène de l'angine. Il place l'angine herpétique, sous le nom d'angine *éruptive*, dans le même cadre que les angines scarlatineuse, morbilleuse, varioleuse, etc.; et il l'assimile complètement aux fièvres éruptives, puisqu'il écrit : « Par son mode d'invasion, par son appareil fébrile, l'angine herpétique « rentre dans la catégorie des maladies générales ou des fièvres..... qui aboutissent à « une localisation définie. » Or, cette localisation définie étant une éruption d'herpès, j'en conclus que l'herpès labial est, lui aussi, une *fièvre éruptive*, puisque, au dire de Lasègue, l'angine herpétique « coïncide avec l'herpès labial ».

Déjà Trousseau avait reconnu à l'angine couenneuse commune, ou herpès du pharynx, la même spécificité et la même coïncidence avec l'herpès labial; ainsi, il dit : « Le doute « n'est plus possible quand, en même temps, il existe de l'herpès des lèvres, et cela a « lieu dans presque tous les cas, car on peut alors constater la similitude entre l'affec- « tion développée à l'orifice de la bouche et celle qui, occupant le pharynx, a constitué « l'angine couenneuse. »

Dans la pneumonie, si on ne tient compte que de cet élément commun, l'inflammation, on devra considérer l'herpès labial comme épiphénomène, puisqu'on ne le rencontre pas constamment à la suite de cette phlegmasie pulmonaire. Mais, si l'on veut tenir compte du second élément, de l'espèce morbide qui, en se fixant sur le poumon, en a déterminé la fluxion, il faudra reconnaître que l'herpès est bien capable de se fixer prématurément au poumon, aussi bien qu'à la gorge, pour terminer son évolution aux lèvres. Alors ce ne sera plus un épiphénomène, mais une espèce nosologique bien caractérisée.

Je crois avoir maintenant *montré* et démontré la spécificité de la fièvre herpétique.

. . . .

En résumé :

1° L'herpès labial est une maladie spécifique aussi bien établie que le zona.

2° Leur allure est bien différente : l'herpès labial, dans son évolution régulière, fait partie des fièvres éruptives; le zona s'élimine avec plus de calme à la peau, et rentre dans le cadre des éruptions simples, mais il sollicite ce que les auteurs français ont désigné sous le nom de fièvre secondaire ou de suppuration.

3° Comme *cause* de la formation de l'herpès labial au sein de l'économie, nous avons d'abord le refroidissement survenu à la suite d'une transpiration. Cette cause est parfai-

---

l'objection de l'immunité de Lyon qui, ville humide traversée par deux fleuves, assujettie aux brouillards, brave le fléau.

« — La sécheresse amène, dit-il, la dessiccation du microbe, c'est vrai ; les eaux lui sont favorables, mais les eaux stagnantes. Le système général de canalisation des eaux à Lyon n'est pas dans des conditions favorables à la propagation ; au contraire.

« — Mais alors, docteur, dans les pays contaminés, vous avez dû découvrir le microbe, non seulement dans les entrailles des cholériques, mais jusque dans les eaux ?

« Vous avez fait des autopsies ; c'est bien, et vous avez découvert le *microbe-virgule* dans l'intestin grêle des cholériques ? Mais l'avez-vous découvert dans l'eau, qui, suivant vous, est l'agent de transmission ?

« — A Toulon, non pas, nous n'avons pas eu le loisir de ces études. Mais dans les Indes, où je suis allé poursuivre mes travaux, je me suis préoccupé de cette analyse.

« — Les citernes du pays fournissent des eaux suspectes. Analysées, elles ont révélé la présence du microbe cholérique. Mais ce microbe, docteur, est de bon voisinage. Est-ce qu'il ne tolère pas, à ses côtés, d'autres bactéries innombrables ?

« — Sans doute. Les intestins des cholériques sont un vrai *capharnaum*. Mais j'ai dû, avant tout, rechercher le *bacille* générique dû au choléra. Or, le *bacille-virgule* remplit toutes ces conditions. Les autres bactéries se rencontrent dans les autres cas. Le *bacille-virgule* ne se rencontre que dans le choléra.

« Il se présente avec des caractères particuliers spécifiques très précis, qui ne laissent place à aucune confusion. Je l'ai montré aux docteurs Roux et Straus, en Égypte, et ils se sont rendus à ma démonstration.

tement saisissable de trente-six à quarant-huit heures avant le frisson précurseur de la fièvre; Parrot, Ch. Fernet, Lasègue et autres l'ont bien observée. Une seconde cause est le trouble physiologique amené par la parturition. Le professeur Hardy indique bien la prédisposition à cette fièvre éruptive chez les nouvelles accouchées; mais j'estime que l'état puerpéral est plus qu'une prédisposition, c'est une cause directe de la formation du principe morbide.

En somme, c'est bien l'absence ou la présence de la fièvre qui imprime aux deux éruptions, herpès labial et zona, leur physionomie clinique. Le processus habituel du zona est celui des éruptions, le processus de l'herpès labial est celui des fièvres éruptives (1).

Le choléra de 1884 et les instructions sanitaires de M. Koch.

Pendant que l'épidémie cholérique poursuit sa marche, les débats se sont ouverts entre la science microbique allemande, représentée par M. Koch, et la science microbique française, dont les représentants ont des noms illustres qu'il n'est pas besoin de rappeler puisque ils sont sur les lèvres de chacun. M'est avis que les différences d'opinion qui séparent les adversaires ne sont pas sans intérêt. En tout cas, il ne faut pas se le dissimuler, elles enlèvent de son autorité à la théorie microbienne du choléra, malgré toute sa réelle vraisemblance.

Pourquoi d'ailleurs s'en étonner? M. Koch a étudié le microbe en histologiste; il en a écrit une histoire naturelle et tient sans doute en médiocre estime, comme d'autres savants de laboratoire, l'observation des médecins praticiens, de ceux qui étudient les malades à l'hôpital et à l'amphithéâtre, c'est-à-dire pendant la vie et après la mort. De là, vraisemblablement, le radicalisme et l'assurance de ses affirmations sur des points où tant de médecins d'expérience hésitent à se prononcer.

M. Straus, qui est à la fois un clinicien expérimenté et un habile anatomo-pathologiste est plus réservé : il essaye à l'heure actuelle de faire l'histoire médicale du microbe du choléra, et cette histoire, après tout, est seule d'intérêt pratique pour ceux qui ont mission de soigner les malades. Tel est le motif pour lequel on espère beaucoup en France et à l'étranger des recherches de celui-ci, et pourquoi aussi la grande majorité des médecins hésitent, et longtemps encore hésiteront à s'incliner devant la compétence épidémiologiste du chef de la mission allemande du choléra aux Indes.

Certes, M. Koch parle avec l'assurance d'une grande situation officielle en Allemagne.

(1) *Observations et considérations relatives à l'herpès labialis,* mémoire présenté à la Société médicale des hôpitaux de Paris, par le docteur Lagout, 1873. — *Comptes rendus* des travaux de la Société médicale de Gannat, depuis 1864.

« — Alors, une indiscrétion. Rencontrez-vous ce bacille dans les cas sporadiques comme dans les cas asiatiques?

« — Non, jamais. Le *bacille-virgule* est particulier aux cas asiatiques.

« — Comment expliquez-vous la recrudescence de l'épidémie?

« — L'épidémie n'a pas encore atteint son maximum. Elle est stationnaire un jour, pour se livrer à des intermittences, tantôt plus faibles, tantôt plus graves. A mon sens, elle ne tardera pas à reprendre un niveau plus élevé. La diminution des cas mortels, à Toulon, est trompeuse. La mortalité reprendra de plus belle. C'est d'ailleurs une vieille loi, confirmée par la marche connue de toutes les épidémies de choléra.

« Nous avons alors cédé à un mouvement de curiosité, et demandé au docteur Koch s'il n'avait pas devers lui quelques-uns de ces fameux microbes qui ne méritent guère de passer à la postérité, puisqu'ils s'évertuent à la détruire.

« Pas moyen! Le docteur a peur de la contagion; si le choléra se manifestait à Lyon, on ne manquerait pas de l'en rendre responsable — et nous aussi.

« Le docteur Koch conserve ces petits animaux desséchés, nous allions écrire empaillés, mais il nous en coûte de dire que nous ne les avons ni vus ni devinés, sans quoi nous en ferions une description touchante.

« — Et combien de temps, cher docteur, vos petits reptiles échappent-ils à votre dessiccation?

« — Cinq ou six jours au plus. La sécheresse est mortelle pour eux.

« Voilà, résumée en quelques mots, notre conversation avec le célèbre docteur allemand et avec son auxiliaire. »

Il est là-bas, sur les bords de la Sprée un dignitaire de haut rang ; les *interviewers* de la presse politique l'interrogent. Il est vrai qu'ils mettent sur la sellette et en réclame des individualités moins dignes d'attention et de curiosité. Fonctionnaire très élevé dans la hiérarchie, son rang correspond à celui de général de division, bien que cependant son commandement ne s'exerce que sur les microbes. Enfin, il a été, dit-on, honoré d'une dotation de cinq cent mille marks, il voyage, cela s'entend, aux frais de l'Etat, et correspond, honneur suprême, paraît-il, directement par le télégraphe avec le Chancelier de fer. Avec tout cela, cependant, il n'est pas encore prouvé que le secret de son laboratoire soit le secret du choléra ; j'en trouve la preuve dans les instructions qu'il laissait la semaine dernière aux autorités toulonnaises.

Il fallait d'ailleurs toute la naïveté et le désarroi dont font preuve les administrations sanitaires françaises pour demeurer dans cette illusion. Vraiment on pouvait se contenter des avis des conseils d'hygiène, des instructions des Sociétés savantes et des prescriptions que M. Pasteur adressait l'année dernière à ses élèves. On a enfin fini par où on aurait dû commencer, en s'adressant à la haute autorité de l'Académie de médecine. En le faisant moins tardivement, on aurait peut-être évité de jeter une nouvelle frayeur dans les populations maladroitement affolées en leur montrant trop ouvertement l'incertitude de la science médicale sur tant de points.

Aujourd'hui, comme il y a un an, un seul fait est acquis : c'est la transmissibilité de l'agent infectieux par les eaux contaminées. Ce n'est pas à dire pour cela que ce mode de transmission soit le seul à la disposition du microbe. Or, l'observation clinique le démontrait avant toute intervention de la biologie dans l'étude de ces questions. C'est donc sur cette prédilection du microbe cholérigène pour l'eau que reposent toutes les mesures prophylactiques indiquées par le délégué de l'Empire d'Allemagne.

Dans sa conférence du 14 juillet aux médecins marseillais, M. Koch a surtout tracé la monographie et montré quelques-unes des mœurs de ce bacille. C'était donc une leçon d'histologie ayant pour auditeurs des cliniciens expérimentés et qui avaient droit d'attendre plus et mieux.

Les microbes dont il a fait admirer de fort belles préparations sont d'origine indienne et d'origine toulonnaise. Les uns et les autres ont un signalement identique; ce qu prouve l'analogie entre l'épidémie de Toulon et la maladie des Indes, ainsi que la présence de microbes dans l'une et dans l'autre; voilà un fait d'observation ayant une valeur, incontestable à ce titre, mais insuffisante pour démontrer victorieusement que ce micro-organisme joue le rôle de cause cholérigène plutôt que celui d'effet.

Peu importe, d'ailleurs, de telles objections. M. Koch ne s'en embarrasse pas, et quelle que soit l'interprétation, des bacilles existent ! Leur forme est allongée, leurs dimensions inférieures de moitié à celles du bacille typhoïdique. On les observe dans les cas foudroyants comme dans ceux à marche lente.

---

*
* *

Est-elle assez jolie, cette conversation? De qui s'est-on moqué? ou plutôt, qui s'est moqué de l'autre? Le médecin ou le journaliste?

Lyon n'a jamais eu le choléra; mais, théoriquement, d'après M. Koch, cette ville devrait l'avoir. A quoi pense-t-elle donc de rester vierge... du choléra? Est-ce que sa force de résistance primerait le droit?

Et comment trouvez-vous cette démonstration, faite en Egypte à MM. Roux et Straus, du microbe-virgule? Si ce microbe a été trouvé en Egypte, qu'est-ce que M. Koch est allé faire dans l'Inde et à Toulon?

Passons.

*
* *

Parmi les divagations publiées par la presse profane, à propos du choléra, j'ai recueilli la suivante, qui sort de je ne sais où, mais qui m'a paru très remarquable par son ton pédantesque et son arrière-pensée charlatanesque. Quel bel exemple de logorrhée cholériphobe !

Nous mettons sous les yeux de nos lecteurs tous les renseignements qui nous sont donnés par les savants, afin qu'ils puissent en faire leur profit, le cas échéant :

« En 1854, le chimiste romain, M. Gaetano Tardani, ayant passé en revue les principaux travaux des savants européens sur le caractère du choléra-morbus, a trouvé une grande analogie entre les phénomènes de cette maladie et quelques autres phénomènes qu'avaient remarqués MM. Matteucci et Berzélius dans leurs travaux de chimie.

Ces micro-organismes ne peuvent vivre que dans les liquides. L'humidité leur est donc nécessaire; et, de plus, il leur faut un milieu alcalin. Cependant, M. Koch déclare qu'ils n'existent pas dans le sang. Leur habitat de prédilection est donc le tube digestif, dans lequel ils pénètrent par la voie buccale et où ils colonisent. Par contre, ils ne seraient pas véhiculés par les voies respiratoires, où leur présence serait inoffensive. Voilà, une affirmation dont la preuve n'est médicalement pas faite.

Avant de suivre plus avant le savant Allemand, remarquons la réserve de M. Straus sur ces points. Ainsi, dans tout ceci un *point paraît donc acquis*, et on le connaissait avant cette déclaration : la véhiculation de l'agent infectieux par les eaux paraît être justifiée.

Ce n'est pas tout : ce microbe se reproduirait seulement par scissiparité et pullulerait avec rapidité dans les intestins. De plus, tandis que l'humidité et les alcalins favorisent sa multiplication, il ne pourrait se développer au contact des acides, dont l'influence est pour lui léthifère. En outre, la sécheresse le tue plus certainement encore, et, après une siccité de trois heures, il serait détruit dans les déjections qui, au témoignage de M. Koch, auraient perdu leur virulence.

Ces données de l'histologie conduisent à des applications qu'il a pris soin de recommander au Conseil d'hygiène de Toulon et qui, sauf quelques-unes, n'ont pas le mérite de la nouveauté. L'eau étant le principal véhicule des germes morbigènes, il faut interdire l'usage des eaux salies par les détritus humains, les eaux de puits contaminés, celles des marais et des ruisseaux pollués. Il y a beau temps, ce me semble, que ces prescriptions ont été celles de nos Conseils d'hygiène. On n'avait pas attendu son voyage et ses déclarations pour les formuler.

Ces observations ne sont pas seulement relatives aux eaux « destinées à être bues, « mais encore aux eaux ménagères, car le germe cholérique, une fois qu'il existe dans « l'eau, peut être communiqué à tous ceux qui s'en servent soit pour laver leur linge ou « les ustensiles de cuisine, soit pour préparer leurs aliments, soit pour leurs ablutions. « La conséquence la plus importante de ces remarques, c'est qu'il ne suffit pas, pour se « préserver de l'épidémie, d'user d'eau pure et bouillie. » Ces recommandations sont sages, personne n'en doute, mais personne aussi n'est convaincu de leur originalité, après les conseils donnés dans les dernières épidémies. Nul besoin n'était du bacille, de M. Koch et de ses avis, pour savoir à quoi s'en tenir dans l'espèce, et il eût donc été de courtoisie, à défaut de justice, de déclarer que cette prescription n'était pas une découverte.

Ce n'est pas tout. Le bacille de M. Koch aime l'eau, mais redoute le feu. Cette crainte salutaire ne lui est pas particulière, c'est un peu celle de tous les micro-germes, témoin le flambage des instruments dans les expériences de M. Pasteur. Le microbe ne fait pas exception, il craint cet élément et craint aussi la sécheresse ; de là cette recommanda-

---

« Il établit alors que le fléau en question n'est autre chose que le phénomène de l'*endosmosis*, activé dans l'appareil digestif, et par suite, l'estomac et ses dépendances fonctionnant à l'inverse de l'état normal, au lieu d'absorber de l'intérieur et de mettre les divers aliments en circulation dans le sang, reçoit du sang toute la partie sérieuse (*sic*) qui s'en va en déjections.

« Comme dans les laboratoires de chimie on avait trouvé la méthode d'*arrêter* un tel phénomène au moyen d'une très légère quantité d'hydrogène sulfuré et d'intervertir le courant au moyen de sels de strychnine, de morphine, etc., il supposa que l'action de ces divers agents ne devait pas être différente dans le corps des cholériques et il prescrivait — afin de développer dans le corps du malade l'hydrogène sulfuré — de lui administrer six ou sept grains de sulfure de soude dissous en trente fois le même poids d'eau, et immédiatement après environ 60 grammes d'eau contenant un bon gramme d'acide sulfurique, afin d'obtenir les résultats suivants :

« 1° Faire passer en bisulfate de soude autant le sodium du polisulfure que la soude que les déjections nous présentent ;

« 2° Décomposer les chlorures, les phosphates, les lactates et rendre à l'estomac une acidité comparable à son état normal ;

« 3° De contribuer, par sa propriété, à la cessation du phénomène d'*endosmosis*.

« Une telle dose doit servir exclusivement pour les adultes. On doit la diminuer rationnellement pour les enfants ; la répéter si l'infirme la vomit et si les déjections continuent, et la doubler si elle est donnée par clystère. Mélanger lesdites substances, si on les donne par seringues.

« Les déjections étant ainsi annulées, le chimiste Gaetano Tardani conseilla l'usage

tion : « Tous les objets salis par les déjections seront nettoyés à l'aide de linges secs qu'il « faudra brûler ensuite. Les appartements où auront résidé des cholériques devront « rester inhabités pendant six jours. » M. Pasteur, qui a pris pour dernier confident le journal le *Figaro*, se demande, à ce propos, quel est l'individu qui oserait déclarer pouvoir séjourner impunément dans une chambre où le linge et les effets de cholériques auraient été desséchés et suspendus pendant plusieurs jours? Pourquoi six jours d'aileurs? Le délai de sept eût mieux valu. Il correspondrait à celui de la création du monde ou aux doctrines astrologiques des sept jours!

De plus, on comprend avec M. Pasteur que la combustion à l'air libre de linges pollués n'est pas exempte de danger. Pendant cette calcination, il se détache des bribes de tissus que le feu n'a pas atteint; l'air les véhicule au loin, et adieu la prophylaxie! Mieux vaut leur immersion immédiate dans des liquides parasiticides, ou bien dans l'eau bouillante.

De liquides parasiticides, M. Koch en parle peu, sinon de l'acide phénique, dont la puissance est aujourd'hui bien ébranlée; quant au chlorure de zinc, il doute de ses vertus, car il aurait cultivé dans ses solutions le bacille cholérigène. Ce n'est pas là d'ailleurs un fait bien étrange ou en contradiction avec ce que l'on sait des infiniment petits dans des liquides toxiques, à preuve le microbe des solutions d'acide arsénieux signalé par M. Boutigny, d'Evreux, sous le nom du *micrococcus arsenici*, ou bien de *hygrococcus Boutignyana*. Tant il est vrai que, depuis le *bacillus choleraicus*, aussi bien qu'avant lui, tout est fort obscur dans la prophylaxie du choléra et que les toniques puissants ne sont pas tous des parasiticides. Qui donc en doutait?

Reste une autre question soulevée par M. Koch, celle des arrosages et de la propreté des rues. M. Koch passe condamnation sur l'emploi de l'eau comme moyen d'assainissement. Voulez-vous faire vivre un microbe, dit-il, mettez-le à l'eau; voulez-vous le faire mourir, mettez-le au sec. Peu m'importent vos poussières de rues, si elles sont sèches, trois heures de siccité les purifient du bacille.

Seulement, voici une objection que le chef sanitaire de l'empire allemand ne prévoyait pas. Ces poussières desséchées vont encombrer nos rues et nos maisons; le moindre courant d'air et la plus faible brise les transporteront sur la muqueuse buccale. Là elles trouveront cette humidité et cette alcalinité qu'elles réclament et un champ de multiplication des plus favorables à leur développement. Vraiment, cette protestation du bon sens suffirait pour juger de la valeur de tels avis, qui, s'ils étaient suivis, transformeraient bientôt nos villes, déjà trop privées d'eau, en vastes cloaques, aux ruisseaux fétides et à l'atmosphère chargée de poussières. Ce serait, dans trop de localités, le facile triomphe de la malpropreté et l'excuse de la négligence municipale.

En résumé, M. Koch met en doute la puissance parasiticide de la plupart des désinfectants, soit. Il met en doute celle des mercuriaux, et cependant, dit-on, il ne manque

---

des opiats dans une solution légèrement spiritueuse et en petites doses, car, renforçant l'action de l'hydrogène sulfuré et influant sur l'inversion du courant, on devait aider le rétablissement de l'absorption.

« Les premiers essais réussirent. Un médecin, sur vingt-six malades, n'en perdit que trois; un autre, sur vingt-huit, en perdit quatre, peut-être morts de maladies secondaires.

« Cependant, certains médecins opérant au hasard et non rationnellement, administrèrent le sulfure de soude dans des cas où le malade se trouvait dans l'état de réaction, les vomissements et la diarrhée ayant cessé. Les effets étant contraires, on inculpa le système de cure plutôt que leur ignorance. Ces malheureux incidents, joints à une guerre perfide des rivaux et des envieux, firent alors taire les éloges en faveur de ce savant romain, et depuis on n'a plus parlé de lui. Aujourd'hui, comme le choléra est revenu et exerce ses ravages parmi nos concitoyens, il est non-seulement opportun, mais c'est même un devoir indispensable d'étudier de nouveau la vérité de la théorie trouvée par M. Tardani et les avantages qu'on peut espérer de la cure qu'il conseille. »

Et dire que les malheureux profanes affolés vont peut-être se livrer aux douceurs de l'hydrogène sulfuré et du sulfure de soude! Or, sachez-le, cela sent plus fort, mais non mieux, que rose.

* * *

M. F. Sarcey vient de se faire opérer de la cataracte; à cet effet, il s'est installé, pendant le temps de l'opération et de ses suites, dans la maison des frères Saint-Jean-de-Dieu, rue Oudinot.

pas, après chaque expérience, de se laver les mains dans le bichlorure de mercure. Il prédit une épidémie à Lyon, en fixe la durée. Malgré les objections de médecins expérimentés, il tranche enfin avec le microscope et les cultures à la gélatine des questions que les épidémiologistes les plus distingués évitent d'apprécier trop hâtivement.

Comme moyen prophylactique, il nous dit : le microbe aime l'humidité, flambez-le, séchez-le. Par contre, ses adversaire répondent, avec quelque raison, mieux vaut le cuire dans l'eau bouillante ou l'échauder dans un courant de vapeur à 100 degrés que le faire entraîner au loin pendant la calcination. Ces derniers moyens sont plus pratiques, ils ont pour garantie de leur efficacité, l'opinion très autorisée de M. Straus et de M. Pasteur. C'est assez dire qu'entre les affirmations très hasardées du savant allemand et la prudente sagesse des observateurs français, les cliniciens n'hésiteront guère si, dans l'espèce et depuis longtemps, leur opinion, tout au moins provisoire, n'était déjà faite.

C. L. D.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1884.

Du 14 au 15 juillet, on a constaté à *Toulon* 24 décès cholériques, dont 4 à l'hôpital Saint-Mandrier et une morbidité hospitalière de 117 cas. De plus, l'épidémie s'étend de plus en plus hors de la ville ; aux Sablettes (1 décès); à la Seyne, à 8 kilomètres de Toulon (1 décès); à Lagarde, à 6 kilomètres (4 décès); à Pradet, à 7 kilomètres (2 décès).

Du 15 au 16, la mortalité est de 39 décès, chiffre le plus élevé depuis le début de l'épidémie et, du 16 au 17, de 36 décès. La maladie est donc en augmentation et sa malignité plus grande.

Signalons, au moment même où le gouvernement confère au maire de Toulon la croix de la Légion d'honneur, les très vives protestations que provoque l'insouciance de l'Administration municipale à faire exécuter les arrêtés de voirie et les mesures d'assainissement les plus simples. Les rues du Mourillon sont aussi malpropres qu'au début de l'épidémie; l'eau fait défaut, les vidanges vont aux ruisseaux, et le service dit de désinfection ne fonctionne que lentement et sans aucune surveillance des pompiers qui en ont charge. Sans partager l'étonnement naïf du *Temps* sur cette inertie municipale, nous nous associons à ses protestations; mais, je le crains bien, elles ne trouveront pas plus d'écho auprès de l'Administration centrale que n'en trouvent habituellement les avertissements des hygiénistes et des médecins.

A Marseille, du 14 au 15 juillet, le *Bulletin officiel* signale 69 décès, dont celui d'une religieuse de l'asile des Aliénés et 23 décès au Pharo; — du 15 au 16, 53 décès, sur 103 cas déclarés et, du 16 au 17, 56 décès.

A *Valence*, on signale 1 cas bénin sur un émigré de Marseille. — C. L. D.

Le choix de cette maison, par un adversaire déclaré des congrégations religieuses, a provoqué un certain scandale chez les radicaux et a donné lieu à quelques plaisanteries de la part de certains journaux conservateurs.

M. Francisque Sarcey, dans le *XIXe Siècle*, explique dans les termes suivants le parti qu'il a pris :

« Si je consentis à me confier aux frères Saint-Jean-de-Dieu, ce fut sans doute un peu par déférence pour le docteur Perrin, qui avait fait choix de cet établissement ; mais ce fut surtout, avant tout, par coquetterie, pour donner un éclatant exemple de tolérance.

« Oui, de tolérance.

« En quoi consiste la tolérance ? Est-ce à transiger avec les adversaires sur les idées que l'on soutient contre eux ? Point du tout. Sur le terrain des idées, il faut, quand on croit posséder la vérité, être très ferme et très net. Mais les adversaires, on peut, on doit même les tenir pour hommes de bonne foi, pour des hommes sincères dans leur opinion, comme on l'est soi-même : on sait n'avoir contre eux aucun parti-pris ni aucune haine ; on doit les traiter comme des gens qui, s'ils n'étaient pas aveuglés, finiraient par penser comme nous, et tout ce que l'on peut faire à leur égard, c'est de tâcher d'ouvrir à la lumière ces yeux qu'il ferment ; mais est-il donc interdit, en cherchant à leur ouvrir les yeux, de leur donner la main ? »

M. Sarcey ajoute qu'il n'a eu qu'à se louer de sa résolution, et il fait l'éloge des frères Saint-Jean-de-Dieu en excellents termes :

« Je suis sorti de chez eux pénétré de reconnaissance pour la bonne grâce et la bonne humeur de leur dévouement. Ce sont des infirmiers modèles. Et l'un d'eux

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX (1)

Séance du 11 juillet 1884. — Présidence de M. BUCQUOY.

M. VALLIN lit, sur la *transmissibilité et la prophylaxie de la tuberculose*, un remarquable et volumineux rapport dont on ne peut que fixer les points principaux.

Le 24 janvier 1865, M. Villemin lisait devant la Société médicale des hôpitaux un rapport sur le danger de la transmission de la tuberculose, en faisant remarquer qu'il ne s'agissait pas d'une question de doctrine, mais d'une question de pratique, de prophylaxie. Il proposait la création à ce point de vue d'une commission de phthisiologie; cinq membres furent nommés dont le travail n'aboutit pas.

M. Debove a récemment attiré de nouveau l'attention sur cette question en présentant des leçons sur la tuberculose parasitaire. M. Villemin est intervenu de nouveau, et une nouvelle commission a été nommée au nom de laquelle M. Vallin parle aujourd'hui.

M. Vallin récapitule toutes les raisons sur lesquelles on peut s'appuyer pour soutenir que la tuberculose est transmissible. Entre autres expériences, il rapporte qu'un fragment de papier joseph, ayant été trempé dans le suc exprimé de matière tuberculeuse, mais soumis ensuite aux vapeurs d'acide sulfureux (dans la proportion de 30 grammes par mètre cube d'air), devient impropre à inoculer la tuberculose, — tandis qu'un autre fragment préparé de même, mais non désinfecté, rend des cobayes tuberculeux.

Les parties de l'organisme, à coup sûr tuberculisantes, sont la matière tuberculeuse, le suc musculaire, peut-être la lymphe et le lait.

On a dit que le virus tuberculeux pouvait être inoculable, mais non transmissible par l'air et dans les circonstances de la vie de chaque jour. Il ne faut pas être plus exigeant pour la tuberculose que pour la morve, dont la transmissibilité a été admise sur de moindres preuves. A propos de la transmission par les viandes de vaches atteintes de pommelière, il faut savoir que le degré de cuisson auquel on soumet le plus souvent les viades est impuissant à détruire le principe tuberculeux... La transmission par le lait n'est pas démontré, et l'on a même dit que le lait ne devenait nocif que si la mamelle était atteinte de lésions tuberculeuses; c'est une question qui mérite de nouvelles études.

Un fait très digne d'attention est la tendance à la formation de foyers d'infection tuberculeuse dans les habitations où des tuberculeux ont été agglomérés. C'est une particularité démontrée pour les laboratoires. Cohnheim, qui, après avoir nié la nature

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 17 juillet 1884.

même, le frère François, dont on a tant parlé dans les journaux à mon sujet, est mieux qu'un infirmier, c'est un homme fin, instruit et aimable.

« Ne me pressez pas, j'ajouterais qu'ils m'ont paru très désintéressés. Tout ce que j'ai demandé en dehors du règlement ordinaire, comme nourriture ou comme soins, je l'ai obtenu et n'ai rien retrouvé comme supplément sur la carte.

« Bref, je n'ai que de la gratitude à témoigner à ces excellents frères et notamment à celui que le hasard avait attaché à ma personne, le frère Apollinaire. Je ne sens aucun embarras à faire ces aveux. Je crois, en parlant ainsi, rester dans la ligne du journal et mériter l'approbation de tous les hommes de sens. F. SARCEY. »

*
* *

M. Sarcey a parlé absolument comme s'il était de la profession, et nous ne pouvons que l'approuver; il a cru devoir expliquer sa conduite, alors qu'il pouvait s'en dispenser, c'est d'*un homme de sens;* je dis qu'il aurait pu s'en dispenser, car il aurait pu répondre tout simplement à ceux qui ont critiqué son séjour dans l'établissement des frères Saint-Jean-de-Dieu : « C'est par ordonnance du médecin. » Il a préféré être reconnaissant, cela vaut mieux.

*
* *

Ce que la chaleur fait commettre d'actes de folie, c'est incommensurable!

Voici ce que racontent les journaux :

« Samedi, à deux heures, le public s'amassait, boulevard de Belleville, autour d'un

contagieuse de la tuberculose, a franchement reconnu son erreur, a dû renoncer à plusieurs reprises à expérimenter dans un laboratoire, où tous les animaux témoins devenaient tuberculeux sans avoir été inoculés et simplement parce que le local était infecté.

On a voulu nier que les faits observés sur les animaux fussent applicables à l'homme. Mais, sans parler de l'expérience condamnable faite par un médecin qui, ayant inoculé la tuberculose à un cancéreux destiné à périr promptement, trouva à l'autopsie des tubercules en voie d'évolution, on peut rappeler divers faits instructifs. Pour remonter dans le passé, Morgagni déclarait qu'il avait toujours évité de faire l'autopsie de sujets phthisiques par crainte de l'infection. En Italie, on isolait scrupuleusement les phthisiques dans les hôpitaux dès le siècle dernier. Morton croyait à la transmission de la tuberculose entre époux. Andral n'était pas éloigné d'y croire. Depuis cette époque, Villemin, Bergeret (d'Arbois), Musgrave-Clay, Debove ont cité des exemples péremptoires de contagion.

Lorsqu'on a proposé à la Société de prendre l'initiative d'une enquête faite parmi les médecins relativement à la transmissibilité de la phthisie, c'est parmi les médecins de campagne qu'on espérait trouver les plus précieux renseignements, l'observation étant plus facile dans les villages que dans les villes à ce point de vue. La Société n'a pas pensé que ce rôle lui convînt. Mais, pour prendre exemple sur les peuples étrangers, il convient de rappeler les résultats d'une enquête organisée en Angleterre par le Congrès de Cambridge, en 1880, sous la présidence du professeur Humphry, Le 6 janvier 1883, la circulaire était lancée aux médecins ; au mois de juillet, le résultat de l'enquête était publié. 1,078 rapports avaient été reçus. Sur ce chiffre, 673 répondaient négativement touchant la transmission de la tuberculose, sans y ajouter d'explications. Parmi les 500 autres, 261 répondaient oui ; 39 restaient dans le doute ; 105 niaient ou se déclaraient hors d'état de répondre.

Parmi les 261 rapports qui concluaient affirmativement, 190 fois la phthisie avait attaqué des sujets qui n'étaient aucunement prédisposés par hérédité, 15 fois seulement des prédisposés. Il faut admettre pour expliquer cette faible proportion de prédispositions héréditaires que les médecins, désireux de bien entraîner la conviction, avaient de parti pris écarté les cas où la prédisposition héréditaire aurait pu donner prise au soupçon de transmission par hérédité.

Parmi ces 261 faits de transmission, il s'est agi 191 fois de transmission entre époux, 32 fois entre frères et sœurs, 18 fois entre beau-frères, cousins et autres parents éloignés, 20 fois entre étrangers, mais vivant en promiscuité complète.

Il faut noter aussi que la proportion des cas de phthisie rapide est extrêmement considérable parmi ces cas de phthisie transmise, probablement parce que ces faits ont particulièrement frappé les médecins, et ont été d'une observation plus facile.

---

individu qui, muni d'un long couteau, déclarait qu'il avait trouvé le moyen, après avoir coupé le cou à une personne, de la rendre à la vie.

« — L'expérience est pour rien ; s'il y a parmi vous une personne qui veuille s'y prêter, « je vous enseignerai ensuite le moyen de gagner cent mille francs en une heure. »

« Personne ne voulant tenter l'expérience, l'inconnu allait se couper la gorge pour montrer son invention lorsque, prévenus, des gardiens de la paix arrivèrent à temps pour empêcher un drame de s'accomplir.

« C'est la neuvième fois que Mugnabart, c'est le nom de cet individu, veut faire son expérience sur le public ou sur lui-même.

« La famille de cet infortuné, demeurant cité Dupont, a été prévenue ; quant à l'aliéné, il a été dirigé sur l'infirmerie du Dépôt.

« Il y a trois jours, armé de son couteau, il poursuivait les personnes dans la rue, leur demandant à se laisser faire. On le gardait à vue chez lui, lorsque samedi il s'échappa. »

* * *

Les animaux eux-mêmes n'échappent pas à l'influence funeste de la température sénégalienne qui nous rôtit en ce moment, et voici maintenant un cheval qui, oubliant qu'on ne doit pas se faire justice soi-même, rend à son maître, avec usure, les coups qu'il en a reçus :

« Un de ces derniers soirs, vers cinq heures, cours de Vincennes, un charretier frappait son cheval à coups redoublés. L'animal, qui paraissait exténué, ne voulant plus avancer, l'homme lui meurtrissait les flancs avec le manche de son fouet.

Une enquête allemande a été faite dans le même sens. On y relève un fait particulièrement notable. D'après le docteur Hyades, attaché à la mission du cap Horn, a phthisie était inconnue chez les Fuégiens avant l'arrivée des missionnaires anglais, et cependant les habitants de la Terre de Feu, à peine vêtus, vivaient en plein air exposés à toutes les intempéries. Depuis lors, les Fuégiens convertis, bien vêtus, vivant à l'européenne dans des maisons, mais en contact avec des Européens, parmi lesquels il est avéré que se trouvaient plusieurs phthisiques, les Fuégiens sont littéralement décimés par la tuberculose ; même ceux qui ne sont ni alcooliques ni syphilitiques ont pris le germe de mort au contact du monde civilisé et tuberculisé.

On a invoqué, pour expliquer la tuberculisation des personnes qui ont donné des soins aux tuberculeux, les fatigues, le chagrin et toutes les influences dépressives, mais on ne voit pas mourir tuberculeux dans une proportion aussi forte ceux qui ont soigné des parents atteints d'autres maladies longues, du cœur, des reins ou du système nerveux.

On a dit, il est vrai, que le nombre des cas négatifs est considérable ; sans doute le danger de contagion de la tuberculose est moindre que pour la variole, la rougeole ou la diphthérie.

Enfin, sans discuter si le mot de contagion est vraiment le plus convenable au point de vue doctrinal, puisqu'il s'agit plutôt d'une infection, mieux vaut adopter celui de transmission.

Il va sans dire d'ailleurs que le médecin prudent n'ira pas répandre l'alarme dans les familles, au risque de provoquer de la part du public un revirement brusque et complet qui aurait pour résultat de faire traiter les tuberculeux comme des pestiférés.

Dans la seconde partie de son rapport, M. Vallin fixe les règles générales de prophylaxie.

Le phthisique doit toujours coucher seul.

Les enfants convalescents de rougeole ou de bronchite profonde doivent être envoyés en convalescence hors du voisinage des tuberculeux.

On doit tenir surtout pour suspects les malades atteints de phthisie buccale, pharyngée, laryngée. Il serait bon de faire inhaler à ces phthisiques des vapeurs d'iodoforme pour neutraliser autant que possible le pouvoir nocif de leur respiration.

Bien que les faits de transmission de la tuberculose par les voies génitales, cités par M. Verneuil, ne soient pas démontrés rigoureusement, les rapports sexuels doivent être rares. La femme phthisique doit renoncer à la maternité et à l'allaitement.

Il faut surtout proscrire le confinement nocturne, les alcôves et les lourdes tentures, ventiler énergiquement les appartements des phthisiques.

Les salles communes d'inhalation qui existent dans plusieurs stations thermales doivent être défendues.

« Les passants s'arrêtaient; quelques-uns allaient intervenir, lorque le cheval décocha une furieuse ruade au charretier.

« Celui-ci, atteint en pleine poitrine, est tombé sans mouvement sur la chaussée. On l'a relevé dans un état des plus graves, et transporté à l'hôpital Saint-Antoine. »

*
* *

Voici maintenant l'histoire du suicide d'un chien, que son maître soupçonnait atteint de rage :

« Ce chien, soupçonné d'hydrophobie, était depuis quelque temps tenu à l'écart, loin de la maison. Il semblait éprouver beaucoup d'ennui d'être traité de la sorte. Jeudi, on le vit se diriger vers la campagne d'un ami intime de son maître où on refusa de l'accueillir, ce qui lui arracha un cri lamentable. Après avoir attendu pendant quelque temps devant la maison, sans obtenir d'être admis à l'intérieur, il se décida à partir et on le vit se diriger du côté de la Durance, qui passe tout près, descendre sur la berge d'un pas délibéré, puis, après s'être retourné et avoir poussé une sorte de hurlement d'adieu, entrer dans la rivière, plonger la tête sous l'eau et au bout d'une minute ou deux reparaître sans vie à la surface. En choisissant ce genre de mort, le pauvre animal a voulu prouver qu'il n'était point hydrophobe. »

Intelligent animal!... Mon Dieu! qu'il fait donc chaud!

SIMPLISSIME.

Il faut surtout désinfecter les crachats, et pour cela interdire aux malades de cracher sur les alèzes, dans des mouchoirs et sur le sol. Les crachats frais sont les plus résistants à la désinfection.

Les meilleurs moyens seraient cependant de jeter dans les crachoirs et sur le sol de la sciure de bois ou du sable humide; car il faut surtout empêcher la dissémination dans l'air des crachats pulvérulents.

On lavera les crachoirs avec l'eau bouillante ou un mélange analogue à celui-ci: chlorure de zinc, 50 grammes, eau glycérinée, 1 litre. Les crachoirs seront vidés deux fois par jour dans les fosses d'aisance et non sur les fumiers.

Les chambres où les phthisiques succombent, dans les hôtels surtout, devraient être désinfectées; on devrait y faire brûler 30 grammes de fleur de soufre par mètre cube.

Cependant, dans les stations hivernales ou thermales, où viennent le plus de phthisiques, aucune précaution n'est prise à cet égard.

L'idée émise par M. Warlomont de créer des désinfecteurs jurés était ingénieuse, peut-être peu pratique.

Les locaux militaires devraient être évacués un mois par an et désinfectés complètement.

L'héritage de vêtements tuberculeux est peut-être nuisible.

L'isolement des tuberculeux n'est guère plus praticable dans les familles que dans les hôpitaux. On pourrait cependant désirer dans les hôpitaux la répartition des maladies similaires dans des pavillons indépendants.

On pourrait aussi imiter fructueusement les procédés de désinfection à l'étuve des vêtements de tous les malades des hôpitaux, tels qu'ils sont pratiqués à Southampton, pour 30 centimes par malade.

La question de savoir si les infirmiers et les personnes attachées au service des tuberculeux sont plus facilement contagionnés n'est pas tranchée; car si M. Debove avance que les infirmiers de Bicêtre fournissent une forte proportion de tuberculeux, il n'a pas cité de chiffres à l'appui, et la statistique de Brompton-Hospital mène à une conclusion inverse.

En résumé, la commission conclut que la transmissibilité de la tuberculose est très probable, quoique non rigoureusement démontrée; qu'elle est d'autant plus réalisable, que les rapports avec les tuberculeux sont plus intimes et plus constants, et qu'il y a lieu, en conséquence, d'adopter et de vulgariser des mesures prophylactiques dans le genre de celles qui ont été énoncées plus haut. (Unanimes applaudissements.) — P. L. G.

COURRIER

Société de biologie. — *Prix E. Godard* (1884). — Le bureau de la Société de biologie rappelle aux personnes qui voudraient adresser des mémoires à la *Société de biologie* pour le prix *E. Godard*, que le terme du délai pour l'envoi de ces mémoires est fixé au 31 août 1884.

Les mémoires devront être adressés au siège de la Société de biologie, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, ou au docteur Dumontpallier, secrétaire général de la Société, rue Vignon, 24, à Paris.

Société contre l'abus du tabac. — La Société contre l'abus du tabac met au concours la question de savoir si l'usage abusif du tabac prédispose ou non à contracter le choléra et si cet usage exerce une influence sur l'issue de la maladie. — Le programme détaillé du concours sera adressé gratuitement aux personnes qui en feront la demande au Président, rue Jacob, 38, Paris.

Le Gérant : G. RICHELOT.

— Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

Les derniers travaux sur la prophylaxie et la thérapeutique de la diphthérie.

La question de la prophylaxie et de la thérapeutique de la diphthérie a inspiré dans ces derniers temps, en France et à l'étranger, un nombre considérable de travaux; toujours actuelle, elle a dû à différentes causes de se poser à cette heure plus pressante que jamais.

La mort dramatique d'un des nôtres, maître ou élève atteint au lit du malade, d'une mère cruellement frappée en soignant son enfant, rappelle à chaque instant l'attention sur les termes de ce poignant problème. Les statistiques de la plupart des grandes villes de l'Europe ont signalé simultanément un mouvement ascensionnel de ses sévices, dont l'accentuation est une des graves menaces de l'avenir. Mais nous voyons surtout les cliniciens et les hygiénistes épris des succès croissants de la méthode listérienne, se montrer jaloux d'en étendre les bienfaits à la thérapeutique d'une toxhémie qui a plus d'un des caractères des infections chirurgicales, s'inspirer de ses principes, imiter ses procédés, fermes dans l'espoir d'en atteindre un jour les résultats.

De là cet effort considérable et le mouvement fécond dont il nous a paru fructueux de signaler, dès à présent, les diverses directions et les premières conquêtes. Si nombreux sont les travaux sortis de cette renaissance thérapeutique, que leur simple énumération remplirait à elle seule plus que l'espace qui nous est dévolu ici (1); et nous bornant au traitement purement médical de la diphthérie, nous ne faisons pas remonter cette enquête au delà des limites de ces trois dernières années.

De valeur inégale, nous aurons surtout à nous occuper de ceux qui marquent une tendance nouvelle, inaugurent une méthode, ou signalent un progrès réel.

I

Au nom de la commission chargée d'examiner s'il existe des moyens prophylactiques pouvant être employés contre la contagion de la diphthérie dans les hôpitaux de l'enfance, M. Descroizilles a déposé à la Société médicale des hôpitaux un rapport que n'ont pas oublié nos lecteurs, mais qui nous livre, à la vérité, un programme plutôt tracé que rempli (2).

Il réclame la généralisation des pulvérisations phéniquées en permanence dans les salles de phthisiques. Il recommande l'entretien de la plus minutieuse propreté autour du malade, la désinfection constante des objets de literie, d'habillement, du matériel de salles, la destruction immédiate ou l'assainissement des pièces de pansement, l'installation de lavabos pourvus de tout ce qui est nécessaire aux ablutions pour les mains, le visage, la gorge, les vêtements. Mêmes mesures à prendre à l'égard des amphithéâtres de dissection.

Il rappelle que les écarts de régime, les abus de travail se payent d'une plus grande susceptibilité à la contagion, que la nourriture du personnel

(1) Kormann, dans une revue qui nous a fourni de nombreuses indications (*Schmidt's Iahrbücher*, 1884, n° 2), n'analyse pas moins de 130 articles de journaux, communications aux Sociétés savantes, brochures, etc., publiés sur le traitement de la diphthérie depuis 1881, et il n'a pas épuisé son sujet.

(2) *Union médicale*, 1881. II, p. 913.

doit être l'objet d'attentions particulières et son logement plus conforme aux lois de l'hygiène.

Le rapport se montre favorable au principe d'un appareil protecteur, le respirateur à ouate de Henrot (de Reims), que son inventeur croit propre à empêcher l'infection ou la contagion par les voies aériennes. C'est une sorte de masque recouvrant la bouche et le nez, où l'air n'accède que filtré à travers un tampon d'ouate. Mais, pour des motifs d'ordres divers, l'emploi doit en être limité aux salles d'autopsie.

Quant à l'appareil de Latapie (1), sorte de chambre close où le malade se trouverait séquestré en vue de l'isolement et de la destruction des germes qui en émanent, il nous semble bien peu pratique; d'une sécurité médiocre pour l'entourage, n'accroîtrait-il pas encore les dangers d'auto-infection pour le malade?

C'est de même au nom des médecins du cercle de Wurzbourg que le docteur Schmidt a rédigé une instruction destinée à combattre l'extension de la scarlatine et de la diphthérie (2). Il réclame l'isolement absolu des malades et du personnel, écarte tous les visiteurs, interdit l'entrée des écoles aux frères et sœurs d'un enfant atteint et insuffisamment isolé. Les crachats sont reçus dans des récipients à demi remplis d'une solution phéniquée au 1/100e; les mouchoirs passés à l'eau ou la lessive bouillantes. Les vêtements et objets de literie qui ne peuvent pas subir la même manipulation sont longuement aérés et désinfectés par une solution phéniquée forte ou le chlorure de chaux.

Frœlich (3) appelle l'intervention administrative pour assurer l'exécution des mesures nécessaires. Il ferme l'école et l'église aux frères et sœurs des contagionnés, interdit aux enfants de porter, suivant l'usage, leurs camarades au cimetière, supprime les veillées de morts, etc.

Le professeur Henoch (4), à la Société de médecine de Berlin, renchérit encore sur ces prohibitions et ces exclusions, et réclame la sanction des peines pécuniaires. L'interdiction des écoles aux proches doit être prononcée pour quatorze jours si le malade était sérieusement isolé, pour quatre semaines dans le cas contraire. Il ne faut pas perdre de vue que la maladie est contagieuse dès l'incubation.

Un certain nombre de membres de cette Société ont contesté, dans la discussion qui suivit cette communication, le caractère pratique et l'opportunité de ces mesures. Baginsky ne voit de salut que dans la séquestration absolue des malades dans des établissements spéciaux, sous la contrainte de l'administration.

Freger (5) veut qu'on mette à la disposition des malades pauvres une chambre pour l'isolement, avec garde-malade, etc... Toute famille dans laquelle se déclarera un cas devra éviter toute relation de voisinage; un écriteau bien en évidence signalera les maisons suspectes. La plus grande quantité d'air possible doit être fournie aux malades et à ceux qui les assistent; les parquets, les objets de literie, les vêtements doivent être désinfectés à l'acide phénique.

Friedr. Stecher (de Munich) (6) entre dans les plus minutieux détails sur les précautions à prendre en vue de la contagion, dans l'hygiène des personnes et des habitations. Il convient d'éviter la respiration des poussières se dégageant des vêtements, des tapis et des meubles de la chambre d'un malade. On se protégera efficacement en recouvrant la bouche et le nez d'un tampon d'ouate phéniquée de préférence à l'ouate salicylée, trop irri-

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1881, 17 février.
(2) Wurzbourg, 1882, 2e éd., et *Schmidt's Iahrb.*
(3) *Aerztl. Mittheil. aus Baden*, 1882, p. 29, n° 4, et *Schmidt's Iahrb.*
(4) *Berlin. klin. Woch.*, 1883, p. 373.
(5) *Zur Abwehr.*, etc. Berlin, 1883, et S. I.
(6) *Zum Schutze*, etc. Berlin, 1884, et S. I.

tante. Les parquets seront soigneusement balayés trois fois par jour, les poussières désinfectées et détruites. On n'achètera aucun meuble de seconde main. Au moment d'allumer un poêle pour la première fois au commencement de l'hiver, on l'essuiera avec des linges humides, et le feu y sera fait les fenêtres grandes ouvertes. Les doubles fenêtres garantissent bien des poussières extérieures, véhicules de contage. Des sprays d'eau simple, des plantes à grandes feuilles, copieusement arrosées, contribuent à maintenir la pureté de l'atmosphère intérieure.

Dans une *Instruction sur les précautions à prendre contre la diphthérie* (1), il est recommandé d'éviter d'embrasser les malades, de respirer leur haleine, de se tenir en face de leur bouche pendant les quintes de toux. Il convient de recouvrir les crevasses et les petites plaies aux mains et au visage d'une couche de collodion. Lavages fréquents et désinfection à l'acide borique au 1/100e et à l'acide thymique au 1/1000e; chlorure de zinc ou sulfate de cuivre au 1/20e pour désinfecter les sécrétions.

On reconnaît unanimement la nécessité des soins de la gorge et de la bouche chez les personnes exposées à la contagion. Quelques observateurs se louent de l'emploi de certaines substances à titre de préventifs; mais c'est là malheureusement le côté le plus conjectural de l'histoire thérapeutique de la diphthérie, déjà si loin d'être triomphale.

Ainsi, Bosisio (2) faisait prendre pendant une épidémie 0 gr. 18 de *sulfure noir de mercure* deux fois par jour, et toutes les personnes qui se seraient soumises à cette pratique auraient été épargnées.

Harvey L. Bird s'est servi avec avantage, dans une famille où s'était déclaré un cas de diphthérie, de *cosmoline* à la dose de 0 gr. 5 à 0 gr. 9, suivant l'âge, deux fois par jour, seule ou associée à la crème de soufre (3).

Le professeur Rossbach, considérant les amygdales, par le fait de leur exubérance lymphatique, comme la porte d'entrée de l'infection diphthéritique, conseille leur destruction préventive par le thermo-cautère (4).

Chez une jeune fille de 20 ans, dont le frère venait de mourir de diphthérite, Alf. Scheen (5) a la conviction d'avoir fait avorter le processus menaçant au moyen d'un ipéca et de doses répétées de teinture d'aconit. La fièvre et la céphalée avaient rapidement disparu; puis le troisième jour, comme il se manifestait de la sensibilité de la gorge, une légère congestion pharyngée et de la gêne de la parole, il administre à la fois du perchlorure de fer, du chlorate de potasse et de la glycérine. Le quatrième jour, les symptômes du côté de la gorge n'existaient plus, et il prescrivait de la quinine; thérapeutique aussi confuse, en somme, que le cas clinique est peu probant.

Voje (6) se flatte de même d'avoir empêché, par l'iodoforme, dans les familles contagionnées, l'angine simple de passer à la diphthérie. Goltz attribue la même vertu au chlorate de potasse.

Mais nous avons hâte de passer à l'examen des thérapeutiques variées de la diphthérie confirmée. Et tout d'abord les médications dites antiseptiques.

II

Korach, de Cologne (7), a employé avec de bons résultats l'*iodoforme*, déjà préconisé par Leichtenstern en 1881. Tout d'abord, il insufflait simplement la poudre d'iodoforme sur les parties préalablement détergées; puis

(1) *Progrès médical.* Conseil d'hygiène publique, 1884, p. 441.
(2) *Gazz. degli ospitali*, 1883, n° 35, et *Bulletin de thérapeutique*, 1883, p. 104.
(3) *Med. News*, 1882, p. 509.
(4) *Berlin klin. Woch.*, 1883, p. 289.
(5) *The Lancet*, 1881. II, 31 décembre.
(6) *Philadelph. med. and surg. Rep.*, 1883, p. 258.
(7) *Deut. med. Woch.*, 1882, n° 36.

il s'est servi d'une solution au dixième, dont il badigeonnait la gorge six fois par jour. Sur les références de Mackenzie, il y ajouta le baume de Tolu et se tint définitivement à la formule suivante : éther, 25; baume de Tolu, 5; iodoforme, 2,5.

Aucun topique ne lui a donné de résultats aussi prompts et aussi décisifs. En moins de vingt-quatre heures, l'aspect de la gorge est déjà modifié sensiblement; et, avant trente-six heures, les fausses membranes et les eschares se détachent sans effort pour ne se reproduire qu'exceptionnellement à la surface de la muqueuse déjà bourgeonnante. Avec un état local si satisfaisant, si les phénomènes généraux dénoncés peuvent encore emporter le malade, l'auteur reste convaincu que l'emploi hâtif de ce moyen, dans les cas peu avancés, en conjure la gravité.

112 cas ont donné une mortalité de 7 p. 100; 40, particulièrement graves, ont fourni à eux seuls 7 décès : 17 p. 100. Aucun danger d'intoxication n'est à redouter. La dose quotidienne employée ne dépasse pas 0 gr. 50 d'iodoforme en moyenne. Le traitement local n'exclut pas les autres indications tirées de l'état fébrile, de l'asthénie cardiaque, etc.

En Russie, Iesemann (1) ne recommande pas moins chaleureusement l'iodoforme. Il pratique, à l'aide de l'appareil Galante, toutes les deux heures, et même toutes les heures dans les cas graves, des pulvérisations de sucre (3 p.) et iodoforme (1 p.) sur la gorge et dans les fosses nasales. Il emploie aussi pour cette dernière région des crayons d'iodoforme (gélatine ou glycérine et gomme arabique). Il fait, chez les tout jeunes enfants, des lavages avec une solution borique faible employée en gargarismes par les malades plus âgés.

Benzan, de Vienne (2), applique l'iodoforme pulvérulent avec un fort pinceau chargé, et plusieurs fois de suite quand le champ des membranes est très étendu; il y revient toutes les deux heures le jour, et deux fois la nuit. Il supprime toute autre médication, à l'exception de la cravate glacée. 6 cas graves (1 enfant et 5 adultes) ont tous guéri.

Voje (3), aux Etats-Unis, a employé les pulvérisations sèches, à l'imitation de Benzan. 24 cas, 6 décès. 3 de ces derniers malades n'avaient été vus par lui qu'à l'agonie. Il a eu un succès inespéré dans une diphthérie laryngée en ajoutant des pulvérisations d'eau de chaux et d'alcool.

L'iodoforme détache rapidement les membranes, en empêche la reproduction et hâte la cicatrisation de la muqueuse. Il agit comme anesthésique local et supprime toute odeur fétide.

Maximilien Herz, signataire d'une bonne revue sur les médications récentes de la diphthérie (4), recommande également les bons effets locaux et même généraux de l'iodoforme.

La note discordante est donnée par Frühwald, qui n'a pas obtenu, à la Clinique infantile de Widerhofer, les résultats signalés par Korach (5). 26 malades ont fourni 10 décès. On employait les insufflations et les pulvérisations d'iodoforme et sucre de lait à parties égales, les badigeonnages avec une solution éthérée. Les angines légères ont bien présenté les améliorations locales annoncées, mais les intoxications profondes n'ont été influencées en rien.

L'*acide borique*, un autre des antiseptiques qui prétendent se substituer à l'acide phénique, a été surtout essayé en Angleterre. Atkinson (6) l'emploie en gargarismes et en applications locales, associé à la glycérine dans un véhicule astringent, mais comme élément d'une médication composite

(1) *Petersb. med. Woch.*, 1882, n° 26, p. 225.
(2) *Wien. med. Woch.*, 1882, p. 1053.
(3) *Loc. cit.*
(4) *Wien. med. Woch.*, 1883, nos 45 à 48.
(5) *Wien. med. Woch.*, 1883, n° 7.
(6) *Brit. med. J.*, 1882, p. 265.

dans laquelle figurent également le perchlorure de fer, le chlorate de potasse, l'acide nitrique et le sirop de citron.

J.-D. Harries (1) trouve son emploi parfaitement justifié après une expérience de sept années, s'étendant à plus de 100 cas. Badigeons fréquemment répétés avec un mélange à parties égales d'acide borique, de glycérine et d'eau distillée. L'acide borique détacherait les membranes sans les dissoudre.

Goodhart (2) s'est servi également avec succès de l'acide borique dans 6 cas terminés par la guérison, et Allan Jamieson (3), après échec du permanganate de potasse et du salicylate de soude, s'applaudit de l'emploi d'un mélange d'acide borique, de borax et de glycérine.

Joseph Kaulich s'est adressé au *bichlorure de mercure*, que la chirurgie commune et l'obstétrique ont employé avec tant de succès dans ces derniers temps (4). Il badigeonne les fausses membranes de la gorge et des fosses nasales avec un fort pinceau trempé dans une solution au 1/1000e ou au 2/1000e. Après la trachéotomie, il lave la plaie extérieure et balaye la trachée avec une solution un peu plus faible. Il pratique aussi des inhalations au titre de 0 gr. 005 de bichlorure pour 1000 gr. d'eau, et renouvelle celles-ci toutes les heures au besoin.

A l'intérieur, il donne le bichlorure pour, éviter toute intolérance de l'estomac, enrobé dans un jaune d'œuf et associé au sirop de sucre et au cognac, à la dose de 0 gr. 01 p. 100 grammes par jour chez les tout jeunes enfants, doublant la quantité avec l'âge.

Une autre particularité de sa pratique, c'est l'entretien d'une chaleur constante autour du cou par circulation continue d'eau à 38° dans un serpentin cravate, à l'aide d'un dispositif spécial.

Kaulich a traité par sa méthode des cas extrêmement sévères. Sur 9 petits malades, pour lesquels la trachéotomie était indiquée, 2 ont pu échapper à l'opération, grâce au traitement. Des 7 autres, 2 ont succombé après la trachéotomie, des suites d'une pneumonie antérieure à l'opération. 8 autres cas traités sans sublimé ont fourni 5 décès après trachéotomie.

Hugo Schulz (de Greifswald) propose des injections sous-cutanées de sublimé (5).

Herr (de Philadelphie) (6) s'est servi du sublimé à la suite de Linn, de Williamport, de Dunolt, de Gerhard et Coovers, ces derniers ayant, grâce à lui, subitement arrêté la mortalité dans une épidémie des plus meurtrières.

Il donne, aux enfants au-dessous de 10 ans, de 1/10e à 1/16e de grain de sublimé toutes les deux heures ; le ptyalisme se produit rarement ; les fausses membranes se détachent rapidement pour ne plus reparaître.

Rudolph Canstatt, de l'Uruguay (7), fils du célèbre professeur d'Erlangen, affirme de même qu'il ne perd plus aucun malade depuis qu'il se sert du sublimé. Il badigeonne les parties atteintes toutes les heures avec une solution au dix-millième et ne paraît pas l'employer à l'intérieur. Il pratique en même temps des lotions froides ou l'enveloppement mouillé 3 fois par jour. La température tombe rapidement de 40°5 à 37°, et s'y maintient. La muqueuse se déterge peu à peu, laissant apparaître des granulations saignantes, et les ganglions reprennent leur volume normal. Il n'y a jamais de stomatite mercurielle.

Thollon (8) recommande aussi le bichlorure à hautes doses ; mais il nous paraît n'avoir eu à traiter que des cas sporadiques de peu de gravité.

(1) *The Lancet*, 1882, n° 8.
(2) *The Lancet*, 1882, n° 20.
(3) *Edimb. med. J.*, 1882, p. 499.
(4) *Prag. med. Woch.*, 1882, p. 194.
(5) *Central Bl. f. klin. Med.*, 1883, n° 26.
(6) *The Therapeutic Gaz.*, 1883, 15 janvier 1884.
(7) *Aerztlich Intellig. Bl.* 1884, 4 mars, p. 99,
(8) *The New-York med. J.*, 1884, p. 441.

Pour en finir avec la médication mercurielle, disons que Schorts (de Ludington) (1) essaie de réhabiliter le *calomel* autrefois employé par Guersant, Bretonneau et autres. Schorts administre des doses massives et ne craint pas de donner jusqu'à 3 grammes par jour, à doses espacées, à un enfant de 4 ans et demi. Rothe recommande le *cyanure de mercure*, mais la cause de ce dernier agent est compromise par l'intervention des homœopathes von Villers, Laien, Eichler, qui prétendent en obtenir de grands succès aux doses infinitésimales auxquelles les conduisent leurs triturations ou dilutions successives (2).

La *quinoline*, produit extrait du goudron de houille, est un autre antiseptique qui essaye de faire sa voie. La chirurgie dentaire l'employait depuis un certain temps déjà. Donath la croit supérieure au salicylate de soude, à l'acide phénique et à l'acide borique. On s'est servi, exclusivement comme topique, de la quinoline et du tartrate de quinoline, en solution au cinquantième et au vingtième. L'action caustique est assez vive, les applications doivent être plus espacées qu'avec les topiques précédents ; elles atténueraient notablement les douleurs.

Otto Seiffert, d'après ses propres observations et les résultats obtenus à la clinique de Gerhardt, en aurait retiré de bons avantages (3). Unruh (de Dresde) (4) motive semblable appréciation sur une pratique que les chiffres nous paraissent cependant juger plus sévèrement, puisqu'il a eu une mortalité de près de 17 p. 100.

La *résorcine* et la *naphthaline*, recommandées récemment par des propriétés analogues, ont été l'objet de tentatives isolées, insuffisantes pour les juger. M. J. Besnier vient de publier une observation favorable à l'emploi de la résorcine suivant le procédé de M. Leblond (mélange au 1/15e de résorcine et de glycérine) (5).

Sur les confins de la médication inspirée de la thérapeutique antiseptique, nous rencontrons l'*essence de térébenthine* d'un emploi déjà ancien, mais à laquelle les expériences de Koch qui, même à la dose d'un soixante-quinze millième, constate la perte de la vitalité des spores et des bacilles du charbon, ont donné un regain de vogue et d'actualité.

Hampeln (de Riga) (6), dans un cas désespéré, a vu l'administration d'essence de térébenthine par petites cuillerées suivie d'une amélioration progressive des symptômes, de la diminution de la dyspnée, de l'évacuation des fausses membranes et finalement de la guérison.

Satlow l'a employée dans 43 cas ; il n'a eu qu'un décès (7). La forme était grave : diphthérie laryngée et nasale, albuminurie, paralysie pharyngée, etc. Les doses doivent être massives. Un adulte en prend deux fois par jour une cuillerée à soupe, les enfants une cuillerée à café. En même temps, cravate mouillée, gargarismes ou lavages répétés au chlorate de potasse et à l'eau de chaux. Enveloppements mouillés quand la fièvre est forte. Lait et vin en abondance. La térébenthine ne doit pas être entièrement exonérée des accidents du côté des voies urinaires, albuminurie, strangurie, hématurie.

Les appréciations de Hübner sont plus contenues, quoique confirmatives (8) ; pour épargner le tube digestif, il incorpore la térébenthine à un mucilage.

(*La suite au prochain numéro.*)

R. Longuet

(1) *Therapeutic Gaz.*, 1883, p. 98.
(2) *Die Diphtérie*, etc. Leipzig, 1884, et S. I.
(3) *Berl. klin. Woch.*, 1882, nos 22 et suivants, 1883, nos 36 et 37.
(4) *Jahresber. der Gesell*, etc., Dresde, 1882-83, et S. I.
(5) *Union médicale*, 7 juin 1884.
(6) *Saint-Petersb. med. Woch.*, 1882, p. 180.
(7) *Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1883, p. 53.
(8) *Die Dipht.*, etc., Berlin, 1884, et S. I.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1884.

Le choléra à la Chambre des députés.

C'est à la séance de jeudi dernier que le mal indien envahissait le palais Bourbon. Il s'installait à la tribune dans la personne de M. Bert, et s'affirmait par une proposition de loi sur les *mesures à prendre pour empêcher la propagation du choléra.*

Etait-ce une surprise? Non, à coup sûr, après les articles du *Voltaire* et les lettres au *Tagblatt*, journal viennois devenu pour l'instant le confident du professeur de physiologie de la Sorbonne. Par contre, c'était une diversion pour les députés jusque-là tout au sucre et dans la betterave. Ils votèrent donc au pied levé l'urgence de ce projet choérifuge.

Quelle en est donc l'économie? L'article Ier est spécial au médecin, lui impose l'obligaon de dénoncer aux autorités « tout cas de choléra qu'il est appelé à soigner ». C'est la *suspension du secret médical*, mesure que rien ne légitime puisque le corps médical s'est toujours fait un point d'honneur de se dévouer aux intérêts de la santé publique. Il semble donc mis en suspicion par l'auteur du projet; injure et injustice très gratuites!

L'article II établit des fonctionnaires nouveaux sous le nom de *délégués préfectoraux*. Chacun de ces agents possédera un pouvoir dictatorial pour « exécuter toutes les me- « sures qu'il juge utiles : isoler le malade et les personnes qui le soignent ou ont « rapport avec lui; désinfecter ou même détruire les hardes, linges, meubles et étoffes; « assainir l'appartement ou même la maison, cela aussi bien pendant le traitement « qu'après la guérison ou la mort. » Quelles capacités professionnelles exigera-t-on de ces agents? M. Bert ne le dit pas. Omnipotents, ils disposeront de la force publique; et, par l'article IV, engageront même les finances de l'Etat, toute famille devant être indemnisée des objets détruits. Ce seront des *pachas sanitaires* dans ce régime caractérisé par la suspension de la liberté individuelle, la restriction de la liberté professionnelle et le bon plaisir de ces proconsuls du choléra.

Comme sanction, l'*article V* impose aux réfractaires à cette législation la pénalité édictée par le code pénal dans les épizooties (art. 459 et 460) : amende, prison. En un mot, à l'abattage près, rien ne manque pour mettre les cholériques au régime légal des races bovine, ovine et porcine. M'est avis que M. Bert pouvait éviter à ses électeurs malades un tel excès d'indignité.

Il serait désirable que des médecins députés soient nommés rapporteurs de cette proposition de loi impossible à exécuter parce qu'elle est inique, impuissante, parce qu'elle est excessive, illogique, enfin, puisque tous les médecins le savent contrairement à l'affirmation injustifiable de M. Bert, aucune des récentes conquêtes de la science ne saurait légitimement l'autoriser.

Ce que l'hygiène demande et ce que le bon sens voudrait, ce n'est pas la création de quarantaines à l'intérieur, de fonctions et de fonctionnaires déjà assez nombreux, mais bien plutôt l'exécution et le vote d'urgence d'une loi sur l'assainissement des villes et pour l'amélioration des logements insalubres.

Voilà donc des mesures pratiques et moins moliéresques que d'affubler le médecin, sous peine d'amende, d'une longue robe en caoutchouc, comme le demande le rédacteur du *Voltaire*. En ajoutant le bonnet carré traditionnel, le type serait achevé; et le médecin traitant des cholériques, selon la formule et la loi de M. Bert, deviendrait un Diafoirus caoutchouté. Que l'idée soit bien physiologique, j'en doute, malgré l'autorité de son auteur. En tout cas, si elle n'est pas plus médicale que le projet de loi du député de l'Yonne, elle ne manque pas de gaieté. C'est une qualité, après tout, en temps de choléra et de panique cholériforme! — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE (1)

Séance du 28 novembre 1883. — Présidence de M. FINOT.

Diagnostic. — Le rhumatisme dentaire a pour caractères principaux : la soudaineté de son apparition, son extension rapide, sa mobilité dans les deux premières formes; sa fixité, au contraire, sa ténacité désespérante dans la troisième.

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 6 juillet 1884.

Les signes qui lui sont communs avec la périostite ordinaire sont la douleur à la pression et à la percussion. Mais la périostite dentaire ordinaire a une cause facile à constater, la carie pénétrante; tandis que la périostite rhumatismale atteint des dents exemptes le plus souvent de toute trace de carie. En outre, cette dernière frappe habituellement plusieurs dents, tandis que la première est très limitée.

La pulpite aiguë survenant sous l'influence du froid, et atteignant une dent non cariée, ne peut pas être confondue avec la périostite rhumatismale, car elle n'est pas influencée par la pression ni la percussion, et est calmée par les liquides à basse température. Notre collègue M. Moreau en a publié deux observations très intéressantes.

La gingivite du rhumatisme dentaire a pu être confondue avec une gingivite primitive, puisque Marchal (de Calvi) a fait cette erreur. Mais si, dans les deux cas, il existe au collet des dents une certaine suppuration, la déviation ne peut se produire que dans la périostite. La gingivite procède par poussées, partant d'un point lésé, et suivant le bord libre, tandis que la gingivite du rhumatisme procède par poussées isolées.

En présence d'une gingivite intense d'origine tartrique, propagée au périoste alvéolaire, le diagnostic différentiel ne peut être porté immédiatement.

Dans ce cas, la suppuration est abondante, et les dents fortement ébranlées et allongées. En outre, on sait que le rhumatisme dentaire s'accompagne fréquemment d'abondants dépôts de tartre. Mais l'ablation du tartre tranche la question : si la gingivite n'a pour cause que la présence du tartre, elle guérit en quelques jours; si, au contraire, elle est une complication de la périostite, elle persiste après l'ablation des dépôts tartriques.

Pronostic. — Les formes aiguë et subaiguë peuvent disparaître spontanément sans laisser de traces, comme les atteintes légères de rhumatisme articulaire. Néanmoins elles doivent être prises en sérieuse considération, en raison de l'état diathésique qu'elles révèlent; elles sont comparables à ces douleurs rhumatismales vagues de l'enfance, qu'on prenait autrefois pour des « douleurs de croissance » et qui doivent mettre en garde contre toutes les causes susceptibles de déterminer des crises rhumatismales.

La forme chronique progressive est grave, car, livrée à elle-même, elle amène fatalement la perte des dents en quelques mois ou quelques années.

Traitement. — Il doit être tout à la fois général et local.

L'affection dépendant de la diathèse arthritique peut être rattachée tantôt à la goutte, tantôt au rhumatisme; et le traitement général devra être dirigé contre l'un ou l'autre de ces processus morbides. On aura recours aux eaux minérales alcalines, sulfureuses, arsenicales, à l'iodure de potassium, à l'hydrothérapie, aux bains de vapeur ordinaires ou térébenthinés. Souvent, sous l'influence de ce traitement général bien suivi, on aura la satisfaction de voir disparaître l'inflammation de la fibreuse dentaire en même temps que celle des fibreuses articulaires et viscérales.

Le traitement local consiste tout d'abord dans le nettoyage minutieux de la bouche; les dépôts de tartre, habituellement très abondants, seront enlevés avec soin, car ils peuvent, par l'irritation qu'ils déterminent sur les gencives, y entretenir un état inflammatoire qui rendrait impossible la guérison de la périostite concomitante.

Puis on aura recours aux cautérisations des gencives soit avec l'acide chromique, soit avec le galvano-cautère.

M. Magitot a préconisé l'emploi de l'acide chromique chimiquement pur qui lui a donné et nous donne également tous les jours les plus heureux résultats. M. Rousseau a démontré que l'acide chromique pur, c'est-à-dire débarrassé de toute trace d'acide sulfurique et d'arsenic, constituait un excellent caustique pouvant sans inconvénient être employé dans la bouche (1). Son emploi est des plus faciles : on en recueille quelques petits cristaux sur l'extrémité taillée à plat d'une baguette de bois, et on les porte au collet des dents en les faisant pénétrer sous la gencive, que l'on badigeonne en même temps dans toute sa hauteur au niveau des diverses dents atteintes. On doit avoir soin, pendant cette opération, de protéger les lèvres au moyen d'une couche d'ouate que l'on devra laisser en place pendant cinq minutes pour éviter qu'elles soient atteintes par le caustique. Généralement, surtout dans les cas graves, nous abandonnons l'usage de l'acide chromique et le remplaçons par un révulsif plus énergique, par les pointes de feu pratiquées à l'aide du galvano-cautère. Disons que les cautérisations de la gencive, pratiquées à l'aide de l'un ou l'autre agent, ne causent à peu près aucune douleur. Nous les répétons tous les huit ou quinze jours, au début, suivant les cas; et, s'il est néces-

(1) H. Rousseau. *Contribution à l'étude de l'acide chromique et des chromates*; 1878.

saire, nous les continuons une fois par mois. Nous prescrivons en même temps l'usage permanent du chlorate de potasse employé sous forme de solution ou de pastilles. Les pastilles roses ordinaires contenant une très forte proportion de sucre, nous leur préférons les pastilles fabriquées sans sucre, et presque uniquement composées de chlorate de potasse comprimé. Nous en faisons prendre par jour trois ou quatre, qu'on laisse fondre lentement au contact des parties enflammées.

Ce traitement est suffisant dans les formes légères, et la guérison est ordinairement très rapide. Mais dans les cas de rhumatisme progressif arrivé à la période de suppuration, nous n'obtenons pas, malheureusement, des résultats toujours aussi satisfaisants.

Les courants continus que j'ai essayé d'appliquer au traitement de cette affection ne m'ont pas donné des résultats satisfaisants; et cependant, je crois qu'une inflammation chronique de ce genre, sur laquelle on peut agir à très petite distance, doit être heureusement modifiée par un agent tel que celui-là. Aussi, je me propose de reprendre mes expériences dans cette voie.

En tout cas, nous ne devons pas abandonner notre malade, car sans obtenir de guérison complète, nous pouvons l'aider à lutter pendant de longues années contre la perte de ses dents. Nous maintenons dans un état identique et meilleur peut-être, depuis trois ou quatre ans, des dents que nous avions tout d'abord considérées comme perdues. Quand les malades en éprouvent le besoin, c'est-à-dire presque tous les mois, ils viennent nous demander de leur faire une cautérisation, à la suite de laquelle ils sentent leurs dents ébranlées se consolider, et les douleurs qu'ils éprouvaient disparaître pendant plusieurs semaines.

Nous dirons, avant de terminer, que nous proscrivons toute manœuvre chirurgicale qui pourrait être tentée sur la dent elle-même.

M. Magitot a essayé la réimplantation dans plusieurs cas de ce genre; mais, devant nous, il a toujours échoué. Du reste, la réimplantation ayant pour but de réséquer une partie de la racine dénudée de son périoste, n'a de raison d'être que dans la périostite du sommet, seule partie qu'on puisse enlever. Mais, dans notre cas, la lésion, débutant par le collet pour gagner progressivement toute la surface radiculaire, nous nous sommes toujours demandé quelle partie on pouvait alors réséquer.

Disons, enfin, qu'il est du devoir du médecin auquel un malade, atteint de rhumatisme dentaire, va demander conseil, de le protéger contre les manœuvres imbéciles ou malhonnêtes auxquelles il est exposé en s'adressant aux individus qui, sans aucun titre médical, souvent même sans la moindre instruction élémentaire et dans la proportion de 95 p. 100, exercent à Paris et dans toute la France la profession de dentistes. Nous avons vu des malades qui, dans l'espoir de maintenir ou de ramener à leur position normale des dents déviées par suite de périostite rhumatismale, se laissaient poser des appareils de redressement qu'ils devaient porter la nuit, et qui avaient pour effet d'amener rapidement la chute des organes qu'ils étaient chargés de maintenir. Nous en voyons aussi tous les jours auxquels on a extrait immédiatement, et sans hésitation, des dents qui étaient atteintes des formes les plus légères de l'affection.

C'est à vous, messieurs, à vous élever de toutes vos forces contre ces déplorables mutilations.

Conclusions. — 1° Sous l'influence de la diathèse arthritique, la membrane fibreuse alvéolo-dentaire peut être le siège d'accidents inflammatoires analogues à ceux qui sont observés dans les autres fibreuses, articulaires ou viscérales;

2° Cette inflammation, à laquelle nous donnons le nom de rhumatisme dentaire, se présente sous les mêmes formes et sous l'influence des mêmes causes déterminantes que les autres manifestations rhumatismales; nous l'observons à l'état aigu, subaigu et chronique;

3° L'affection désignée par les auteurs sous les noms de *gingivite expulsive, suppuration conjointe des alvéoles et des gencives, ostéo-périostite alvéolo-dentaire*, doit être considérée non pas comme une entité morbide, mais comme une forme du rhumatisme dentaire, la forme chronique progressive;

4° L'altération des bords maxillaires, connue vulgairement sous le nom de *déchaussement des dents*, et constituée par la destruction de la gencive et de la paroi alvéolaire amenant la dénudation de la racine, ne doit pas être non plus considérée comme une affection spéciale, mais simplement comme le résultat de l'inflammation rhumatismale;

5° Enfin, le rhumatisme dentaire est justiciable du même traitement général et local que toutes les autres manifestations de la même diathèse.

OBSERVATIONS

Obs. I. — Mme F..., 28 ans, habite Paris. De taille moyenne, elle est maigre, légèrement anémiée, et allaite cependant son premier enfant âgé de quatre mois.

Elle a eu deux attaques de rhumatisme articulaire aigu généralisé, l'une à 18 et l'autre à 25 ans. Plusieurs articulations sont le siège de craquements. Fréquemment elle souffre de douleurs musculaires vagues.

Pendant sa grossesse, elle eut à plusieurs reprises quelques douleurs de dents; la première et la seconde molaires supérieures gauches lui semblaient plus longues que les voisines, elles étaient douloureuses à la pression. Les souffrances n'étaient pas vives et disparaissaient d'elles-mêmes au bout de quelques jours.

Trois mois après son accouchement, les douleurs reparurent bien plus violentes. La malade se rendit chez un dentiste, l'un des insensibilisateurs les plus en vogue qui, sans autre examen et sans tenir compte de son état de nourrice, l'endormit à l'aide du protoxyde d'azote et lui enleva les deux premières molaires supérieures gauches qu'elle accusait plus spécialement que les autres (1).

Les douleurs disparurent après cette double extraction; mais, quelques jours après, elles reparurent du côté opposé. Le dentiste chez lequel elle retourna voulut pratiquer de nouvelles extractions auxquelles elle se refusa. Quelques semaines plus tard, les douleurs devenant plus vives et s'accentuant principalement la nuit au point d'empêcher le sommeil, la malade vint nous consulter le 15 janvier.

Etat de la bouche. — Les dents sont au nombre de 29, toutes exemptes de carie; la malade n'en avait perdu qu'une qui, atteinte de carie pénétrante, avait été enlevée il y a quelques années. Les deux molaires extraites le mois dernier nous sont présentées, elles sont intactes dans leur couronne, et il est aisé de voir à l'examen des racines que la périostite pour laquelle on les a arrachées était des plus légères.

Au niveau des molaires supérieures droites et des incisives inférieures, la gencive est d'une teinte rouge plus foncée que dans les régions voisines. La pression sur ses dents, et surtout la percussion déterminent d'assez vives douleurs. La mastication est devenue très difficile.

Nous faisons une cautérisation à l'acide chromique sur tous les points où existent des traces de gingivite, et nous ordonnons le chlorate de potasse, 4 à 5 pastilles de 0 gr. 25 centigr. de chlorate de potasse sans sucre par jour.

Huit jours après, les douleurs ont totalement disparu; la mastication n'est plus aussi pénible. La coloration rouge de la gencive est sensiblement atténuée. Nouvelle cautérisation à l'acide chromique, continuation du chlorate de potasse.

Nous voyons la malade tous les huit jours, et, à la fin de février, la guérison est complète. La gencive a repris sa coloration normale: la pression et la percussion ne déterminent plus de douleurs; la mastication est possible sur tous les points.

Obs. II. — Mme T..., 48 ans, habite Paris. Grande et forte; le visage coloré. Il y a quinze ans, ayant habité un appartement humide, elle ressentit dans tous les membres des douleurs, dont elle a toujours plus ou moins souffert.

L'année dernière, les articulations phalangiennes de la main furent prises de rhumatisme chronique d'Heberden.

Les dents sont très belles, petites et d'une jolie nuance; une seule manque, c'est la première prémolaire supérieure gauche qui, atteinte de rhumatisme progressif, fut enlevée par la malade elle-même.

Depuis une dizaine d'années les incisives, les canines et les premières prémolaires inférieures à droite et à gauche sont le siège d'une légère inflammation alvéolaire.

La suppuration est peu abondante; il faut presser fortement de bas en haut pour faire sourdre au collet de la dent une gouttelette de pus. Les gencives ont une teinte presque normale; et les incisives centrales sont seules fortement ébranlées, mais sans déplacement. Les douleurs sont nulles.

Depuis deux ans, les incisives centrales supérieures et les canines sont atteintes, mais très légèrement. La malade, ayant passé l'année dernière une saison au Mont-Dore, remarqua une notable amélioration de l'affection dentaire.

(1) Je noterai en passant que, dans la soirée, l'enfant, qui avait été nourri par sa mère comme d'habitude, fut pris de vomissements, d'accidents nerveux avec refroidissement général. Le médecin qui fut appelé n'hésita pas à attribuer au protoxyde d'azote absorbé par la mère le léger empoisonnement dont était victime l'enfant.

Elle a observé un rapport bien établi entre les poussées rhumatismales du côté des mains et celles du côté des dents. Le froid humide, le temps orageux la font souffrir simultanément dans ces diverses parties.

En somme le processus est très lent; nous donnons nos soins à cette dame depuis deux ans, et il suffit d'une cautérisation mensuelle avec le galvano-cautère pour maintenir un état presque satisfaisant.

Obs. III. — Mme F..., 34 ans, née à Venise, a habité l'Italie jusqu'en 1869; depuis cette époque, habite Paris. Grande, et de constitution vigoureuse.

Fille et petite-fille de rhumatisants, sa mère, dont les mains sont déformées par le rhumatisme chronique progressif, a perdu, de 45 à 48 ans, toutes ses dents, conservées jusqu'alors très belles, à la suite d'une affection chronique de la bouche qu'on lui dit être la gingivite expulsive. Nous savons qu'on donnait ce nom au rhumatisme dentaire.

A l'âge de 25 ans, Mme F... ressentit dans le genou gauche des douleurs assez vives pendant plusieurs mois. Elle vivait alors à Palerme, où on lui fit suivre un traitement hydrothérapique et prendre du carbonate de lithine. A 29 ans, l'orteil droit fut, pendant quelques jours, le siège d'un gonflement très douloureux, avec exacerbations vespérales; la peau était rouge, lisse et très sensible à la moindre pression. C'était, vraisemblablement, une attaque de goutte. Depuis lors, les accidents articulaires douloureux n'ont pas reparu; mais les mouvements des genoux s'accompagnent de forts craquements.

En 1879, toutes les dents, au nombre de trente-deux, étaient intactes, sans trace de carie. La malade remarqua, à cette époque, que la grande incisive inférieure gauche semblait se déplacer: elle devenait plus longue que sa voisine de droite et tournait en même temps sur son axe; la gencive, à son niveau, prit une teinte violacée qui débuta près du collet, puis descendit sur la surface antérieure en suivant la direction de la racine. Bientôt elle devint le siège de plusieurs petits abcès, puis, peu à peu, s'ulcéra; la paroi alvéolaire antérieure se résorba, et la face antérieure de la racine fut mise à nu dans la presque totalité de sa hauteur.

L'affection avait mis trois ans environ pour amener ces désordres de la dent et des parties voisines.

Au commencement de l'année 1882 les poussées inflammatoires devinrent plus fréquentes, la moindre pression sur la dent était très douloureuse.

La malade consulta M. Magitot qui tenta la réimplantation, mais échoua, comme on doit nécessairement échouer, ainsi que nous l'avons dit plus haut.

Je vis alors la malade, et, reconnaissant la véritable cause de l'affection, je la prévins que ce cas ne resterait pas isolé, et que d'autres dents deviendraient à leur tour le siège de la même lésion

En effet, au mois de septembre de la même année, des éruptions d'urticaire généralisées à toute la surface du corps et extrêmement rebelles apparurent, en même temps que des crises gastralgiques, probablement d'origine goutteuse, tourmentaient la malade nuit et jour; elles cédaient, de temps en temps, à l'usage de l'arséniate de soude. Cet état, qui constituait une véritable crise goutteuse ou rhumatismale durait depuis trois mois, quand les accidents d'inflammation alvéolaire éclatèrent.

La gencive apparut d'un rouge vif au niveau de l'incisive supérieure latérale droite, et bientôt, sous une pression légère, une gouttelette de pus se montrait au collet de la dent. Quelques jours plus tard, la canine supérieure droite et les incisives inférieures se prenaient à leur tour.

L'analyse des urines, faite avec une grande précision par le docteur Peltier, nous donna les résultats suivants :

Densité à + 15°	1025	
Eau		953.38
Urée	21.67	46.62
Acide urique	0.71	
Matières organiques et sels organiques	13.23	
Sels fixes. Chlorures	5 09	
Sels fixes. Phosphates	2.91	
Sels fixes. Sulfates et autres sels, non dosés	3.01	
		1000.00

Réaction franchement acide; on n'y trouve ni sucre ni albumine. En somme, urine normale, mais présentant une légère augmentation de la quantité d'acide urique.

Je devais donc considérer la malade plutôt comme une goutteuse que comme une rhumatisante; et je lui en fis suivre le traitement général.

Le traitement local consista en cautérisations pratiquées tantôt à l'aide de l'acide chromique, tantôt et le plus souvent à l'aide du galvano-cautère

Elles furent renouvelées d'abord tous les huit jours, puis deux fois par mois. Elles eurent pour résultat d'arrêter l'inflammation rapidement à la mâchoire inférieure. Mais, à la mâchoire supérieure, elle persista au niveau de la petite incisive droite, et, malgré tous nos efforts, elle existe encore, mais très atténuée. Nous avons conseillé une saison à Vittel, où nous espérons que la guérison pourra être complétée.

Obs. IV. — M. H..., 42 ans, habite Paris. Grand, maigre, très actif.

Antécédents héréditaires excellents.

Depuis quinze ans, M. H... souffre d'un rhumatisme musculaire généralisé, acquis en Afrique pendant plusieurs années de campagnes comme militaire, et où huit mois sur douze il couchait sur la terre nue.

La plupart des articulations sont le siège de craquements. En 1881, il a souffert pendant six mois d'une névralgie sciatique double. Il a suivi tous les traitements prescrits contre le rhumatisme: salicylate de soude, iodure de potassium, bains sulfureux, résineux, iodés, hydrothérapie, etc.

Il reconnaît en avoir éprouvé une grande amélioration, car les accidents douloureux ont presque totalement disparu.

Le malade vient nous consulter en janvier dernier, parce qu'il éprouve des élancements dans les gencives, et croit, dit-il, que ses dents se gâtent. Les dents ne sont pas bonnes; la plupart, cariées dès l'enfance, ont été obturées depuis longtemps. Nous en trouvons plusieurs ébranlées, mais, chose à remarquer, ce ne sont pas celles dont la couronne est la plus mauvaise. Au niveau de quelques-unes, il existe un léger suintement purulent. La racine interne des deux premières molaires supérieures est dénudée presque complètement; ce qui indique que l'affection date de longtemps déjà; mais ayant marché très lentement, elle n'a pas éveillé l'attention.

Le malade, suivant déjà le traitement général que nous aurions pu lui indiquer, nous nous bornons à faire quelques applications d'acide chromique. En trois semaines, c'est-à-dire dès la troisième cautérisation, toute trace de suppuration avait disparu, et, depuis six mois, elle n'a pas reparu.

Le malade continue l'usage du chlorate de potasse.

— La séance est levée à six heures quarante minutes.

Le secrétaire annuel, Dr Tripet.

COURRIER

Société de secours mutuels des ouvriers en instruments de chirurgie. — Nous avons sous les yeux le compte rendu annuel, pour 1883, de la Société de secours mutuels des ouvriers en instruments de chirurgie, approuvée par décision ministérielle du 25 novembre 1882.

Cette société a pour but de venir en aide à ses membres, en cas de maladie, en leur payant une indemnité de 2 fr. 50 par jour pendant trois mois, et 1 fr. 50 par jour pendant trois autres mois, en cas de prolongation de maladie ; de verser en outre, en cas de décès, aux ayants droit une somme fixée chaque année par l'assemblée générale, qui a lieu le troisième dimanche de janvier.

Ls cotisation est de 75 centimes par quinzaine. Les membres honoraires payent une souscription dont le minimum est de 12 fr. par an. Tout membre versant une somme de 100 fr. est membre perpétuel. Il existe un fonds de retraite pour la vieillesse, placé à la Caisse des dépôts et consignations.

D'après le compte rendu présenté le 20 janvier dernier, il y a progression dans la situation financière de la société. Le nombre des membres participants a augmenté, et cette année le nombre des membres honoraires a plus que doublé. Comme on le voit, cette jeune société est pleine d'avenir et nous lui souhaitons une longue prospérité.

Pour les communications, renseignements ou adhésions, s'adresser à M. Digard, président, rue Berthollet, 7.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Forthomme, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Nancy, décédé à l'âge de soixante-deux ans.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

Les derniers travaux sur la prophylaxie et la thérapeutique de la diphthérie (1).

III

La plupart des médicationsqui suivent se réclament d'un *a priori* doctrinal beaucoup plus contestable ou sont purement empiriques ; ce qui n'est pas, à nos yeux, pour les frapper d'une tache originelle. De quelque mobile qu'elles s'inspirent, c'est aux faits de porter le dernier jugement.

Le *chlorate de potasse* a conservé un nombre relativement grand de partisans. Administré avec plus de prudence, il ne paraît avoir provoqué dans aucun cas ces accidents d'intoxication sur lesquels Zuber (2), en France, a attiré l'attention, et qui l'avaient fait mettre en suspicion.

Ainsi Ernst Berg (3) est revenu au chlorate de potasse après avoir employé le cyanure de mercure, la pilocarpine, l'essence de térébenthine. Il donne toutes les heures une petite cuillerée d'une solution de chlorate de potasse (4 grammes) dans l'eau (90 grammes) et la glycérine (30 grammes).

Seeligmüller se sert d'une solution concentrée (10 p. 200), une grande cuillerée toutes les heures (4). Il évite seulement de l'administrer à jeun et se borne même à l'usage externe quand il existe une anorexie absolue.

Hüllmann (de Halle) (5), qui emploie ce médicament depuis vingt-cinq ans, n'a jamais éprouvé d'autre accident que de l'inappétence et des vomissements. En présence d'une série excessivement heureuse, 6 décès sur 571 cas, il est tenté d'en faire un moyen infaillible. Il donne 1 gramme par jour aux enfants au-dessous de 2 ans, de 3 à 4 grammes de 6 à 13 ans, et, chez les adultes, jusqu'à 8 grammes. Il proscrit les gargarismes avec la même substance, et emploie plutôt une solution faible d'hypermanganate de potasse.

Hæler, Julius Pauly, Ferd. Gœtz, Hertel, etc., sont également restés fidèles au chlorate de potasse.

Le traitement d'Aubrun au *perchlorure de fer*, en revanche, compte peut-être moins d'adhérents aujourd'hui. Dinaud (6) pense que les quantités prescrites par Aubrun sont excessives (jusqu'à 15 gr. par jour), que le même résultat peut être atteint en ne dépassant pas 6 grammes ; il recommande la forme de dragées contenant 0 gr. 05 de perchlorure de fer sec ; 30 de ces dragées, correspondant à 6 grammes de la solution ordinaire, peuvent être administrées dans une journée. Il rappelle que ce médicament est resté dans la pratique de M. Jules Simon. Gœtz, Billington l'emploient également.

Le *sulfate de quinine* a été employé comme topique et à l'intérieur sans résultats bien remarquables (*Stadtreiter-Wiss.*). Il en est de même du *benzoate de soude,* sur lequel l'expérience n'a pas suffisamment prononcé.

Le traitement du croup par le *sulfure de calcium* a été l'objet d'une com-

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 20 juillet 1884.
(2) *Gaz. hebdomad.*, 1881, p. 231.
(3) *Saint-Petersb. med. Woch.*, 1882, p. 148.
(4) *Deut. med. W.*, 1883, p. 657.
(5) *Deuch. med. Woch.*, 1883, p. 668.
(6) *Union médicale*, 1883, II, p. 21.

munication intéressante du docteur Meunier à la Société de médecine de Reims (1). Cette médication dérive en droite ligne du traitement au foie de soufre qui a joui de quelque vogue et est encore employé par certains praticiens. On donne jusqu'à 30 granules de sulfure de calcium par jour. Il se dégage abondamment de l'acide sulfhydrique par les poumons et par les selles. La mortalité reste forte. Quelques cas paraissent cependant s'en être bien trouvés. Mais certaines associations intempestives rendent assez difficile l'appréciation des avantages revenant en propre au médicament principal.

IV

La *pilocarpine*, autour de laquelle s'était mené grand bruit il y a quelques années, n'a décidément pas tenu les promesses que ses propriétés physiologiques uniques avaient fait concevoir. On supposait qu'en faisant pleuvoir à la surface de la muqueuse une abondante sécrétion liquide, elle favoriserait le décollement et l'élimination des fausses membranes, ce qui en eût fait le plus précieux de ces modificateurs locaux avec lesquels nous l'étudions; puis la sudation générale devait aider à l'élimination du poison. Mais ces bénéfices aléatoires sont singulièrement compromis par une action générale déprimante des plus funestes, et qui paraît à MM. Archambault et Pousson devoir en faire absolument proscrire l'emploi (2).

M. Cadet de Gassicourt s'associe à cette condamnation (3); après avoir tout d'abord obtenu de bons résultats, les déboires d'une expérimentation plus complète l'amènent à reconnaître qu'il a dû se trouver simplement en présence d'un heureux hasard de série.

Sirtori (4), moins sévère, ne peut cependant nier les phénomènes de dépression s'ajoutant à une hyposthénie déjà redoutable, chez les diphthéritiques traités par la pilocarpine. D'ailleurs il donne simultanément de la quinine, du salicylate de soude, du chlorate de potasse.

Les conclusions d'un travail de Picot sont que la pilocarpine est un médicament dont les effets inconstants doivent être surveillés (5).

Demme (de Berne) (6) fait également ses réserves en signalant un cas grave d'intoxication chez un enfant (vomissements, collapsus) à la suite de l'administration de faibles doses de pilocarpine.

Soltmann, qui constate les mêmes inconvénients, pense les écarter en pratiquant simultanément des injections sous-cutanées d'éther. D'un effet local réellement avantageux dans les cas légers, elle est absolument sans action dans les formes graves.

La *papaïotine*, préconisée en France par des autorités considérables, est, au moins en ce qui concerne l'efficacité de son action locale, à l'abri de semblable retour. A la Clinique des enfants de Strasbourg, Kohts et Asch lui ont reconnu une action dissolvante et éliminatrice réelle sur les fausses membranes, dont elle arrête l'extension (solution de papaïotine Gehe de Dresde, au 1/20e); mais la forme infiltrée de la diphthérie ne subit aucune modification (7).

A propos d'une observation communiquée par Croner, qui avait obtenu immédiatement de la papaïotine ce qu'il avait vainement réclamé du perchlorure de fer (8), les membres de la Société de médecine interne de Ber-

(1) *Union méd. et scientif. du Nord-Est*, 1883, p. 226.
(2) *Union médicale*, 1882, II, p. 229 et suivantes.
(3) *Union médicale*, 1884, I, p. 946.
(4) *Gazz. med. italian. lomb.*, 1883, 22 mars.
(5) *Revue méd. de la Suisse romande*, 1882, p. 205.
(6) *Iahresber. des J. Hospit.*, etc., Berne, 1881 et *S. I.*
(7) *Zeitschrift f. klin. Med.*, 1883, p. 558.
(8) *Deut. med. Woch.*, 1883, p. 327 et suivantes.

lin se sont, en général, montrés favorables à l'emploi de ce moyen. Fraentzel en a retiré de bons résultats dans 4 cas très graves.

Les faits observés par Schæffer parlent dans le même sens favorable.

Enold a proposé, comme succédané de la papaïotine, qui est d'un prix élevé et de préparation inégale, la *pancréatine*, qui agit également dans un milieu alcalin. On ne saurait, en effet, songer à la pepsine, à laquelle il faut un milieu acide. Mais il paraît que la pancréatine, déjà essayée, n'a pas donné de bons résultats.

Comme modificateur local, Dehaene vante une mixture saturée d'*alun* (alun, 8 gr.; eau distillée et miel rosat, de chaque, 10 gr.); il a insisté à deux reprises, dans l'*Union médicale* (1), sur les avantages de son emploi. La destruction des fausses membranes de la gorge, à condition d'être pratiquée de bonne heure, a pour corollaire forcé la préservation du larynx. Les attouchements au collutoire doivent être répétés toutes les deux ou trois heures, nuit et jour, et continués aussi longtemps que les fausses membranes persistent ou continuent à se reproduire. Dans l'épidémie de Rubrouk, sur environ 50 cas d'angine couenneuse, enfants et adultes, 3 enfants seraient morts auxquels le traitement n'avait pu être appliqué qu'à la dernière période.

Dawosky (de Celle) emploie une solution concentrée de *sulfate de cuivre* (2); il pratique la cautérisation trois fois par jour et une fois la nuit, en chargeant le pinceau à sept ou huit reprises, et le portant jusqu'au larynx, s'il est nécessaire. En même temps, gargarismes d'eau de chlore au cinquième, ou simplement salés.

J. Kugler cautérise d'abord au crayon de sulfate de cuivre, puis avec une solution au dixième; 14 cas, 4 morts. Il emploie aussi le chlorate de potasse et les excitants (3).

C'est aussi au sulfate de cuivre que s'adresse Schmitz (de Magdebourg); il poursuit avec acharnement la destruction des fausses membranes par des badigeonnages répétés toutes les demi-heures, puis toutes les heures; au début, solution au 1/20e dans 3 d'eau et 1 de glycérine; plus tard, solution à 2,5 et 3 p. 100 (4). Dans l'intervalle, gargarismes salés ou au chlorate de potasse, et compresses glacées sur le cou fréquemment renouvelées.

Kline (de Colombie) emploie des applications locales d'*acide lactique*, en même temps que le spray phéniqué; à l'intérieur, le fer et la quinine (5).

Medino Preston recommande le *sous-sulfate de fer* (6).

V

L'idée d'utiliser les propriétés des vapeurs irritantes pour porter jusqu'aux parties les plus reculées, par le seul mécanisme de la respiration, une action modificatrice, substitutive, égale et continue, est certainement séduisante en théorie; mais elle s'est heurtée dans la pratique à certaines difficultés mal résolues et n'a pas reçu une sanction suffisante de l'expérience.

M. Homolle avait dû renoncer aux vapeurs d'*acide chlorhydrique*. M. Bergeron s'est adressé aux inhalations d'*acide fluorhydrique* obtenues en faisant chauffer au bain-marie, dans une capsule de plomb, un mélange de spath fluor et d'acide sulfurique, opération répétée cinq fois en 24 heures.

Le point de départ de ses essais est le fait tout empirique de l'enfant d'un graveur sur verre, qui se serait trouvé rapidement guéri à la suite de ces inhalations.

(1) *Union médicale*, 1882, p. 613.
(2) *Memorabilien*, 1882, p. 545.
(3) *Memorabilien*, 1883, p. 96.
(4) *Memorabilien*, 1883, p. 97.
(5) *Boston med. J.*, 1884, p. 535.
(6) *New-York med. J.*, 1884, p. 633.

M. Bergeron, qui a fait connaître le résultat de ses premières expériences en 1879 (1), a apporté en 1882 un nombre déjà imposant de faits: 40 cas dûment constatés n'auraient amené que 3 décès. Il attribue même à son procédé une certaine valeur prophylactique et abortive. L'angine, prise à temps, est enrayée; le larynx n'est pas envahi et la maladie ne se propage pas aux personnes de l'entourage. La tolérance de ces vapeurs fluorhydriques, rayant les vitres et les glaces qu'on est obligé de graisser, est réelle (2).

Cette médication paraît cependant avoir fait peu de prosélytes en France et aucun à l'étranger, où les inhalations de vapeurs de *brome* ont eu plus de faveur.

Hiller (3) se sert d'une solution de brome et bromure de potassium, 0 gr. 4 de chacun dans 200 grammes d'eau. Il en imbibe une petite éponge placée dans un flacon en entonnoir renversé, dont les vapeurs sont respirées par la bouche, en protégeant le nez et les yeux, opération répétée tous les quarts d'heure. On peut aussi, comme J. Schütz, fabriquer simplement un petit cornet en fort papier (4). Il fait également un badigeonnage au brome avec une solution plus forte. Les vapeurs bromées auraient, d'après lui, une action antiseptique. Steinauer et Mollereau ont adopté cette pratique. Ce dernier joint l'emploi à l'intérieur.

En Angleterre, Murray Gibbes emploie les inhalations de vapeurs d'infusion d'*eucalyptus globulus*. A New-Plymouth, sur 37 cas, il n'aurait perdu qu'un enfant de 8 mois dans une famille où 6 enfants avaient pris la diphthérie en même temps, et cela, à côté de véritables désastres éprouvés par ses collègues mal servis par d'autres médicaments (5).

Un certain bruit s'est produit en France, dans ces derniers jours, autour du procédé Delthil : fumigations par les *vapeurs de goudron et de térébenthine*. Il convient d'attendre que des faits suffisamment nombreux et bien observés aient permis d'en apprécier la valeur, encore très discutée.

Melsheimer (6) s'est servi avec succès dans un cas désespéré d'inhalations d'*alcool*. L. Boucher (7) a de même sauvé de l'asphyxie au moyen d'inhalations d'*oxygène* un malade adulte pour lequel il ne semblait plus y avoir d'autre recours que la trachéotomie.

Zeroni, Carl Neumann, sont des hydropathes convaincus qui prétendent trouver dans l'emploi de l'*eau* pure et simple (gargarismes, boissons, enveloppement mouillé), le souverain remède de la diphthérie. Zeroni s'appuie sur l'assertion de Hœgele, que l'eau froide tue les bactéries.

Carl H. Pfeiffer, Wilhelm Hübner disent obtenir de bons résultats en provoquant une sudation abondante, joignant l'administration de boissons diaphorétiques et certaines pratiques hydrothérapiques (enveloppement mouillé, massage, etc.).

Enfin Lustig donne assez improprement le nom de *massage* à la petite opération qui consiste à aller enlever au fond de la gorge, avec le doigt garni d'un linge saupoudré d'alun, des fausses membranes particulièrement résistantes, qu'on dissocie mécaniquement (8).

R. LONGUET.

(1) *Union méd.*, 1879. II, p. 48.
(2) *Union méd.*, 1882. I, p. 914.
(3) *Wien. med. Woch.*, 1883., p. 1464, et *Deut. med. Woch.*, 1882, p. 328.
(4) *Das Wesen und die Behandlung*, etc. Prague, 1882, et *S. I.*
(5) *The Lancet*, 1883, II, p. 362.
(6) *Philadelph. med. and surg. R.*, 1882, p. 707.
(7) *Gaz. des Hôpitaux*, 1883, p. 1106.
(8) *Schm. Iahrb., loc. cit.*, p. 204, 205.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1884.

La mortalité ne diminue pas à *Toulon,* où l'épidémie sévit toujours avec une malignité plus grande. Du 17 au 18, elle a été de 31 décès, dont 19 dans les faubourgs, 4 en ville et 3 à l'hôpital Bon-Rencontre; du 18 au 19, de 56 décès, dont 7 de militaires à l'hôpital Saint-Mandrier. A cette date, la morbidité hospitalière était représentée par les chiffres suivants: 119 cholériques militaires, dont 106 convalescents, 3 graves et 10 moyens; 11 cholériques à l'hôpital civil et 27 à l'hôpital Bon-Rencontre; ce sont là les chiffres les plus élevés depuis le début de la maladie. Enfin, du 19 au 20, on a enregistré 51 décès cholériques dans la population civile et 2 décès à Saint-Mandrier.

Aux environs de Toulon, on signale toujours des décès : à la Seyne (1 décès), à la Garde (1 décès), à Pierrefeu (1 décès), à Signes (1 décès) et à Hyères (1 décès).

A *Marseille,* la mortalité cholérique s'est élevée à 58 décès, du 17 au 18 juillet; à 49, du 18 au 19; et à 65, du 19 au 20.

Enfin, on a enregistré, le 19, 1 décès à *Nîmes;* le 17, 3 décès à *Arles*, et, du 19 au 20, 10 décès dans cette même ville. L'épidémie augmente donc à la fois par élévation de la mortalité, la gravité des cas, et par son extension topographique aux environs de Toulon et de Marseille, où l'hygiène publique et privée est toujours très négligée.

A *Paris* on a signalé, depuis deux jours, des décès par le choléra nostras.

Sous l'impulsion du Conseil d'hygiène, la préfecture de police y procède à l'organisation sanitaire que M. Dujardin-Beaumetz proposait l'année dernière dans un rapport dont l'éloge n'est plus à faire et dont l'*Union médicale* a publié les sages conclusions en juillet 1838. Des délégués ont été nommés et sont en fonctions dans les arrondissements.

Au reste, comme on peut s'en convaincre par l'histoire de l'épidémie de 1873, et par la lecture du savant mémoire de M. Ernest Besnier sur cette épidémie à Paris, il est impossible de mettre en doute l'efficacité des mesures énergiques qui furent prises à cette époque. Une scrupuleuse application des précautions d'hygiène fut alors la seule barrière qu'on put opposer à la marche de l'épidémie; aussi, avant de rédiger leurs tapageuses formules sanitaires, les inventeurs de tant de projets éphémères pour prévenir la propagation du choléra auraient tout avantage, leur modestie dût-elle en souffrir, à s'inspirer de cette *Contribution à l'étude des épidémies cholériques* de 1866 et 1873. Ils y trouveraient les enseignements d'une longue expérience épidémiologique, et s'éviteraient par cette lecture de découvrir une deuxième fois ou une troisième fois l'Amérique.

D'autre part, la Chambre des députés n'est pas favorable à la proposition de M. P. Bert. Malgré ses efforts tout paternels, ses nombreuses amitiés et ses conversations animées dans les couloirs, le savant physiologiste n'a pu remporter victoire dans les bureaux, et, des membres de la commission chargée de rapporter son projet, tous sont hostiles, à l'exception, est-il besoin de le dire, de M. Bert lui-même. Ces commissaires sont MM. Jules Roche, Ganne, Carret (de la Savoie), Labrousse, Blancsubé et notre très estimé et savant confrère M. le docteur Bacquias (de Troyes).

Le projet sera donc probablement remplacé par la propos itton plus pratique de codifier les lois sanitaires existantes et par le vote d'une loi d'urgence pour assurer l'assainissement des habitations et des villes. — C. L. D.

Lettres d'Orient

Constantinople, le 4 juillet 1884.

L'ÉPIDÉMIE DE PESTE DE BÉDRA.

Voici les nouvelles reçues jusqu'à ce jour de Bagdad :

Djerzan: le 5 juin, 1 attaque; le 6, 1 attaque; le 9, 1 décès; le 10, 1 décès; le 12, 1 décès.

Mendeli: le 10 juin, 2 décès; le 11, 2 décès, 2 attaques; le 12, 1 décès, 2 attaques; le 17, 1 décès; le 18, 2 décès.

A Bédra, depuis le 6 juin, et à Zorbadia, depuis le 7 juin, ni décès ni attaques.

Le dernier télégramme étant du 1er juillet de Bagdad, et depuis les dates sus-mentionnées, aucun décès ni aucune attaque n'ayant été constatés, il est à présumer que la peste s'est éteinte. Je me réserve de vous donner un résumé succinct des caractères de cette

petite épidémie, par rapport à son éclosion, au nombre des victimes et aux mesures qui ont contribué à sa disparition.

En ce qui concerne son origine, on vient de recevoir la nouvelle que des bruits couraient, à Bagdad, sur l'existence de la peste dans la province persane limitrophe du Louristan. Un médecin y a été immédiatement envoyé pour constater l'état sanitaire de ce pays. Quand il se sera prononcé, on saura peut-être si la maladie a été importée du Louristan à Bédra, ou inversement de Bédra en Perse. Au reste, cette province persane a été très souvent visitée par cette maladie.

STÉKOULIS.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 juillet 1884. – Présidence de M. Marc Sée.

SOMMAIRE : Opération césarienne pratiquée avec succès. — Grossesse et traumatisme opératoire. — Rapport : Exostose éburnée du frontal remplissant la cavité orbitaire enlevée avec conservation de l'œil et de la vue. — Fibromes utérins ; kyste suppuré du ligament large ; hystérectomie ; guérison. — Présentation de malade : Pseudarthrose consécutive à une fracture de l'avant-bras.

M. le docteur CLOSMADEUC, au nom duquel M. Richelot a présenté, dans l'une des dernières séances, une observation d'opération césarienne, écrit pour annoncer que son opérée est aujourd'hui complètement guérie ; l'enfant jouit également d'une santé parfaite.

— M. LARGER, de Maisons-Laffitte, consulte ses collègues de la Société de chirurgie sur le cas d'une jeune femme de 27 ans, d'une bonne constitution et d'une bonne santé habituelle, chez laquelle, au début d'une grossesse datant aujourd'hui de quatre ou cinq mois, s'est développé un cancer encéphaloïde du sein qui a pris, dans ces derniers temps, un volume énorme, mais qui reste exactement limité à la glande.

A part sa tumeur, la malade est actuellement dans d'excellentes conditions de santé ; mais il est à craindre que, si l'on n'intervient pas chirurgicalement, elle ne puisse atteindre le terme de sa grossesse, par suite des hémorrhagies dont la tumeur ulcérée est le siège ; M. Larger demande donc à ses collègues si, malgré l'état de grossesse de la malade, il n'y aurait pas opportunité à pratiquer l'ablation de cette tumeur devenue pour la malade une cause d'épuisement.

MM. TRÉLAT, POLAILLON, TERRILLON, GUÉNIOT et VERNEUIL sont tous d'avis que l'opération, dans ce cas, est parfaitement indiquée : c'est l'urgence qui commande l'opération et, chez la malade de M. Larger, l'urgence ne saurait être mise en doute ; l'état de grossesse ne doit pas, en pareille circonstance, constituer une contre-indication.

— M. CHAUVEL donne lecture d'un rapport sur un travail de M. le docteur Badal, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, intitulé : *Exostose éburnée du frontal remplissant la cavité orbitaire ; ablation avec la gouge et le maillet ; guérison avec conservation de l'œil et de la vue.*

Le sujet de cette observation est un charpentier âgé de 24 ans, vigoureux, chez lequel apparaît en 1880, vers l'angle supéro-interne du rebord orbitaire droit, une tumeur dure, indolente, qui, pendant deux années, progresse lentement, résiste à toutes les médications. Consulté en décembre 1882, M. Badal constate à ce moment un exophthalmos énorme avec épiphora, conjonctivite intense, réduction à un tiers de l'acuité visuelle, diplopie, décoloration du disque optique, enfin une difformité hideuse.

La tumeur évidemment osseuse remplissait entièrement l'orbite droite, comprimait le paquet musculo-nerveux oculaire et faisait au dehors une saillie de plus de 1 centimètre.

En l'absence de syphilis, de traumatisme, de douleurs locales vives, on ne pouvait songer qu'à une ostéome spontanée, une exostose de croissance ; mais l'impossibilité de contourner la tumeur avec le doigt, et même avec un stylet, ne permettait pas de préciser son point d'implantation. Cependant, en s'en rapportant à l'origine habituelle de ces productions, à la gêne du passage de l'air par la narine droite, à la conformation normale de la région sus-orbitaire, M. Badal éloigna l'idée d'un envahissement des sinus frontaux et de la cavité cranienne, ce qui était une erreur. Il admit que le point de

départ devait être soit la paroi orbitaire supérieure, soit plus probablement l'os planum de l'ethmoïde.

Dans ces conditions, l'intervention lui parut indiquée par l'état de l'œil et par la menace d'accidents cérébraux, mais il ne s'en dissimula ni les difficultés, ni les dangers.

Le 28 décembre 1882, après anesthésie, il pratiqua une incision transversale, divisant la commissure interne des paupières et se prolongeant vers la région du nez, mettant à nu la portion extra-orbitaire de l'exostose. Impossible de passer un élévatoire entre la tumeur et la paroi orbitaire. Avec un perforateur, on s'assure de l'absence de toute cavité à son centre; c'est bien une exostose éburnée. A l'aide de la gouge et du ciseau, M. Badal cherche alors à attaquer le tissu osseux, mais il lui faut une heure d'un travail des plus pénibles pour y creuser une tranchée de 3 centimètres de profondeur. Le pédicule, ou plus exactement le point d'implantation de l'exostose, a pu cependant être divisé sur la paroi orbitaire supérieure tout en respectant cette paroi. Après diverses tentatives, le chirurgien parvient à glisser la pointe d'un élévatoire le long de la voûte orbitaire, à ébranler la tumeur par une forte pression et, la saisissant avec de fortes pinces, à la détacher complètement.

Cette tumeur mesure en hauteur 35 millimètres, en profondeur 40, en largeur 60; son diamètre antéro-postérieur était de 70 millimètres. Elle présentait de multiples prolongements vers les cellules ethmoïdales, vers la fente sphénoïdale, la fente sphéno-maxillaire, la paroi orbitaire supérieure; sa surface est irrégulière, mamelonnée, et les multiples saillies se logeaient dans les cavités voisines.

En explorant la cavité orbitaire, M. Badal constata un large trou dans le plafond de l'orbite, où le doigt pouvait pénétrer. Le cerveau était à nu et un peu de matière cérébrale avait suivi l'ablation de la tumeur.

Après avoir lavé la cavité orbitaire, remis en place le globe oculaire, M. Badal réunit la plaie extérieure et plaça un simple pansement ouaté.

Au quinzième jour, la guérison était assurée, l'œil avait recouvré une partie de ses mouvements, mais il existait une paralysie absolue de l'accommodation et l'acuité visuelle ne s'était pas relevée. Progressivement, la situation s'améliora, la mydriase disparut et, au bout d'une année, la diplopie et le larmoiement avaient également cessé.

Bien que Berlin ait démontré que les tentatives d'extirpation des ostéomes de la paroi orbitaire supérieure entraînent de très grands dangers, puisque la mortalité s'élève à 38 p. 100 environ, peu de chirurgiens ont accepté le principe de non-intervention posé par cet auteur. Pour M. Chauvel, l'abstention, malgré l'impossibilité de préciser d'avance les rapports de l'exostose, ne saurait être admise comme une règle générale. Il ne suffit pas, en effet, de montrer la gravité d'une opération pour se croire en droit de la rejeter; il faut prouver que cette intervention n'est pas rendue nécessaire par les dangers qu'entraîne la marche naturelle de l'affection.

M. le rapporteur déclare que l'opération pratiquée par M. Badal était parfaitement indiquée, et qu'en outre, conduite avec la plus grande prudence, elle fait honneur à ce chirurgien. Mais s'il approuve, dans ce cas particuler, la conduite de M. Badal, il ne croit pas avec lui qu'il y ait constamment de graves dangers à pratiquer l'énucléation totale par une large ouverture faite aux parois du sinus frontal. Pendant une heure, M. Badal a laborieusement travaillé avec la gouge et le maillet pour n'enlever que quelques parcelles osseuses. S'il avait pu mobiliser la tumeur en attaquant avec prudence la paroi de l'orbite pour se faire une voie, l'opération eût été rendue plus aisée, sans en devenir plus dangereuse.

Pour M. Chauvel, avant d'exercer des pressions violentes, des tractions énergiques sur l'exostose, il tenterait de la libérer de tous les côtés aisément accessibles. Sans doute personne ne conseillerait de porter le ciseau derrière la tumeur pour détruire de ce côté les connexions osseuses; une semblable conduite est, du reste, d'habitude, matériellement impossible. Mais l'examen de ces productions, et cette disposition est très nette sur la pièce de M. Badal, montre la présence de prolongements, de bosselures qui, attachées à la masse principale par un collet plus étroit, s'épanouissent en quelque sorte dans les cavités voisines.

Il en résulte que, bien que leurs adhérences périphériques soient d'habitude peu nombreuses et peu solides, leur extraction ne peut se faire sans un agrandissement des perforations osseuses, des trous qui donnent passage à ces prolongements. Que ces élargissements soient faits avec les ciseaux et par la main du chirurgien, ils seront plus nettement limités, moins dangereux que les fractures et les délabrements que peuvent entraîner la mobilisation et l'arrachement de l'exostose. Il peut même arriver

qu'une fois la voie ouverte la production osseuse se détache plus tard spontanément ou du moins par un effort très léger.

M. le rapporteur propose, en terminant : 1° d'adresser à M. Badal une lettre de remerciements pour son intéressante communication ; 2° d'inscrire son nom dans un rang honorable sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

Ces conclusions sont adoptées après une courte discussion à laquelle prennent part MM. Berger, Monod, Trélat, Verneuil et M. le rapporteur.

— M. Terrier communique une observation d'hystérectomie suivie de guérison, qu'il a pratiquée chez une femme atteinte de fibromes utérins avec kyste suppuré du ligament large.

Il s'agit d'une femme de 45 ans, entrée le 9 juillet 1883, à l'hôpital Bichat, pour une tumeur abdominale.

Le ventre est développé, surtout dans sa partie inférieure et à gauche. Au palper, on sent une tumeur dure, arrondie, lisse, du volume d'une tête de fœtus, occupant la fosse iliaque gauche, le flanc correspondant, s'avançant presque jusqu'à l'hypochondre. Vers la ligne médiane, cette tumeur se confond avec une autre de forme arrondie s'étendant à la partie inférieure droite de la région ombilicale. Ces deux tumeurs sont indolentes, mobiles ensemble latéralement dans une petite étendue. Au-dessus de l'arcade crurale du côté droit, allant jusqu'à la tumeur médiane, on trouve une tumeur très douloureuse, du volume d'un œuf.

La malade se plaint de crises douloureuses très vives survenues plusieurs fois par jour sous forme d'élancements qu'elle compare à des coups de canif et qui ont leur siège à la base du ventre. Presque constamment elle a une sensation douloureuse dans l'aine droite.

Après un examen attentif plusieurs fois réitéré, M. Terrier pose le diagnostic suivant : à gauche, fibrome utérin ; à droite, poche kystique suppurée incluse dans le ligament large.

Le 27 novembre, M. Perrier pratique l'opération. Après chloroformisation, ouverture de la cavité péritonéale, qui donne un abondant écoulement de sang arrêté par de nombreuses pinces à pression. La main, introduite dans la cavité abdominale, fait facilement basculer une tumeur située à l'angle supéro-externe droit de l'utérus ; amenée au dehors, cette masse, du volume du poing, présente une large base qu'on traverse par deux broches en croix et qu'on serre par une anse de fil de fer, maintenue sous les broches à l'aide du ligateur Cintrat.

La main, introduite dans le ventre, amène au dehors une seconde tumeur, du volume d'un œuf de dinde, pédiculisée sur le bord externe et gauche de l'utérus, vers le ligament de l'ovaire de ce côté. Cette tumeur est liée par deux fils de soie passés à travers son pédicule et entrecroisés ; on la sectionne ensuite et on l'enlève.

A droite, il existe une tumeur du volume d'une tête d'adulte, répondant en dedans au bord droit de l'utérus et en dehors à l'excavation. Cette tumeur, fluctuante, est recouverte par une épaisse couche de tissu musculaire qui n'est autre que la lame antérieure du ligament large droit, très hypertrophiée. En arrière la tumeur ne peut être contournée ; elle est recouverte par la lame postérieure du ligament large droit. En résumé le kyste est dans le dédoublement du ligament large droit.

Ponctionné en avant près du bord utérin avec un trocart de moyen calibre, on retire un quart de litre de liquide nettement purulent. Le trocart est laissé en place pour obturer l'ouverture faite au kyste et éviter l'écoulement du pus. Retournant à gauche pour éviter tout pédicule utérin, on excise le fibrome à la base duquel on avait placé deux broches et une anse, en serrant vigoureusement cette anse métallique. Le tissu utérin saigne et quatre pinces sont placées sur des vaisseaux artériels, puis ce bord est suturé avec du catgut qu'on passe avec l'aiguille de Reverdin. L'utérus et ses deux pédicules suturés sont abandonnés dans l'abdomen après hémostase complète.

On s'occupe alors du kyste droit et on place des sutures entre la paroi abdominale et celle du kyste de façon à maintenir ouverte la cavité du kyste. Sept sutures d'argent sont ainsi placées. La grande cavité abdominale est fermée par huit sutures profondes et deux superficielles ; la dernière suture de la paroi comprend aussi la paroi kystique de façon à la bien maintenir contre la paroi abdominale ; un gros drain est placé dans le kyste. Pansement de Lister complet ; l'opération a duré 1 heure 1/2.

Des injections d'une solution de bichlorure de mercure au 1/1000e, puis d'hydrate de chloral sont pratiquées dans le drain.

Le 3 février, la malade quitte l'hôpital, munie d'une ceinture abdominale et portant encore un drain du plus petit calibre. Depuis sa sortie la malade est venue deux fois ;

le trajet fistuleux s'étant rétréci ne permet plus l'introduction du drain qui est supprimé.

Les règles se sont rétablies et coulent avec régularité, quoique un peu douloureuses.

A la fin de juin la malade va très bien ; l'utérus a notablement diminué de volume ; toutefois il existe une éventration au niveau du point où l'on avait suturé la paroi kystique à la paroi abdominale.

M. Polaillon dit qu'il a fait dernièrement une opération analogue chez une femme atteinte de fibrome attenant à l'utérus hypertrophié. Il a constaté qu'après l'ablation de la tumeur l'utérus était revenu à son volume normal, sans doute sous l'influence d'un travail de régression consécutif à l'opération.

— M. Desprès fait présenter par l'interne de son service à l'hôpital de la Charité, une malade qui, à la suite d'une fracture des os de l'avant-bras traitée par un rebouteur de campagne, a une pseudarthrose sur le traitement de laquelle il a cru devoir consulter ses collègues de la Société de chirurgie.

L'avis des collègues de M. Desprès a été de faire une résection suivie de suture métallique. A. T.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 14 juillet 1884. — Présidence de M. Rolland.

M. de Quatrefages présente une note de M. L. Testut intitulée : *Contribution à l'anatomie comparée des races humaines. Dissection d'un Boschisman.*

« J'ai disséqué récemment dans le laboratoire d'anthropologie du Muséum un jeune sujet boschisman, de 12 à 14 ans, qui m'avait été gracieusement confié par MM. de Quatrefages et Hamy, et dont l'étude m'a révélé toute une série de dispositions anatomiques, d'une grande importance au point de vue de l'anatomie comparée des races humaines.

« En attendant de publier sur cette étude un travail détaillé, je vais résumer sommairement dans cette note les principales particularités que m'a offertes le système musculaire, en indiquant pour chacune d'elles sa véritable signification en anthropologie zoologique.

« 1° Dans le creux axillaire tout d'abord, j'ai rencontré un petit muscle quadrangulaire qui, se détachant de la face antérieure et du bord inférieur du tendon du grand dorsal, se portait verticalement en bas, et se terminait, $0^m,039$ au-dessous de son origine, sur la longue portion du triceps. Ce faisceau surnuméraire, que j'appellerai, en raison de ses connexions, faisceau *dorso-tricipital*, est un vestige manifeste d'une formation musculaire qui existe à l'état normal chez un grand nombre de mammifères, qu'on retrouve notamment chez tous les singes. Je l'ai disséqué pour ma part chez l'*orang*, le *chimpanzé noir*, le *macacus sinicus*, le *cercopithecus fuliginosus*, etc.

« 2° A la nuque, le trapèze se trouvait réduit à ses faisceaux cervicaux et dorsaux. Quant à sa portion occipitale, elle manquait complètement. Par suite de la disparition de ces derniers faisceaux, l'étendue des insertions claviculaires se trouvait considérablement réduite ; elle ne mesurait en effet que $0^m,022$. Une pareille disposition se retrouve encore normalement dans la série des mammifères où le muscle trapèze est rarement aussi développé et aussi compact que chez l'homme. C'est ainsi que chez les Lémuriens de Madagascar, si bien étudiés par M. A. Milne-Edwards, le trapèze n'occupait en hauteur que l'espace compris entre la quatrième cervicale et la neuvième dorsale.

« 3° Sur les parties latérales du cou, entre le scalène antérieur et le scalène postérieur des anatomies classiques, j'ai rencontré un troisième scalène que j'ai appelé *scalène intermédiaire*, et qui s'étendait des tubercules antérieurs des sixième et septième cervicales au bord concave de la première côte. Ce petit faisceau surajouté s'insérait immédiatement en arrière de l'artère sous-clavière qu'il séparait ainsi des cordons nerveux du plexus brachial.

« Le muscle scalène intermédiaire existe normalement chez le *gorille*, chez l'*orang*, chez le *gibbon*, chez le *papion*, chez le *chimpanzé*, etc.

« 4° Au bras, j'ai observé au-dessous d'un muscle coraco-brachial normalement constitué, un deuxième coraco-brachial plus court (*court coraco-brachial*) qui se détachait, comme le précédent, de l'apophyse caracoïde et venait se terminer à la hauteur du col de l'humérus sur le tendon terminal du muscle sous-scapulaire. C'est encore là une

disposition simienne. Meckel décrit, en effet, le court coraco-brachial chez le *magot*, l'*ouistiti*, le *papion*, le *callitriche* et l'*atèle*. J'ai eu l'occasion d'en constater moi-même l'existence chez le *bonnet-chinois* et plusieurs *cercopithèques*.

« 5° A la partie postérieure de la cuisse, le muscle biceps ou fléchisseur péronier de la jambe se trouvait renforcé par un faisceau surnuméraire qui prenait naissance sur le coccyx, au-dessous du grand fessier. Cette origine coccygienne ou caudale du biceps fémoral manque chez l'homme et probablement aussi chez tous les primates, mais elle existe normalement chez un grand nombre d'animaux à longue queue, notamment chez les *ruminants*, l'*hyène*, le *cabiai* et le *lapin*, où le muscle biceps possède, comme chez notre Boschisman, deux faisceaux distincts insérés, l'un sur l'ischion, l'autre sur les premières vertèbres caudales. Chez le *chat*, ce faisceau caudal constitue un muscle à peu près distinct que j'ai disséqué plusieurs fois et dont on trouve une bonne description dans l'ouvrage de Strauss-Durckeim.

« 6° A la jambe, le tendon terminal du jambier intérieur se bifurquait à $0^m,07$ au-dessus du bord interne du pied. L'une des branches de bifurcation venait se fixer au premier cunéiforme; l'autre s'insérait sur l'extrémité postérieure du premier métatarsien. Nous savons que chez la plupart des espèces simiennes le muscle tibial antérieur se trouve divisé de même en deux portions plus ou moins distinctes qui viennent se terminer en bas, la première sur le premier cunéiforme, la seconde sur l'extrémité postérieure du métatarsien du gros orteil.

« 7° A la région dorsale du pied, le faisceau interne du pédieux formait un muscle complètement distinct qui, partant du creux calcanéo-astragalien, venait se terminer en avant, sur l'extrémité postérieure de la première phalange du gros orteil. Voilà encore une disposition simienne manifeste: dans le plus grand nombre d'espèces, en effet, chez le *gorille*, le *chimpanzé*, l'*orang*, le *macacus sinicus*, le *cynocephalus maimon*, etc., le muscle pédieux (court extenseur des orteils des zootomistes) se divise en deux portions: la portion externe envoie des tendons aux deuxième, troisième et quatrième orteils; la portion interne, complètement distincte de la précédente, se dirige très obliquement en dedans et vient se fixer sur la première phalange du gros orteil. Il convient même de décrire séparément ce dernier muscle sous le nom de *court extenseur du gros orteil* (*extensor hallucis brevis* de Bischoff).

« Comme on le voit, les formations surnuméraires semblent s'accumuler comme à plaisir chez notre Boschisman, et toutes, à l'exception d'une seule, qui rappelle une disposition normale chez quelques rongeurs et chez quelques carnivores, toutes, dis-je, reproduisent des dispositions anatomiques que l'on observe normalement et avec la valeur d'un organe type dans les différentes espèces simiennes. Je dois, en terminant, faire remarquer que:

« 1° Les particularités anatomiques que m'a offertes le système musculaire de mon jeune sujet ne se sont pas toutes rencontrées sur le sujet de même race disséqué en 1867 à Londres par Murie et Flower;

« 2° Par contre, ce dernier sujet a présenté quelques dispositions anatomiques spéciales que j'ai vainement cherchées sur le mien;

« 3° Enfin, les diverses anomalies observées jusqu'à ce jour sur les Boschismans, soit par Murie et Flower, soit par moi-même, se sont rencontrées également sur des sujets appartenant à nos races européennes.

« Elles n'ont par conséquent rien de caractéristique; et tout en présentant le plus grand intérêt au point de vue de la myologie comparée des races inférieures, tout en dénotant chez ces dernières une certaine tendance vers la morphologie simienne, elles ne peuvent nous fournir, pour le moment du moins, que des vues plus ou moins rationnelles, mais toujours hypothétiques. Ce n'est que sur des dissections ultérieures, augmentant considérablement le nombre des faits, que l'on pourra plus tard asseoir des conclusions définitives. »

M. de Quatrefages, en présentant la note de M. le docteur Testut, fait observer combien elle vient à l'appui des objections qu'il a faites depuis longtemps à la théorie animale des origines de l'homme:

« Darwin et ses disciples ont voulu voir dans les anomalies anatomiques, qui reproduisent chez nous, d'une façon plus ou moins complète, les dispositions normales chez certains animaux, autant de *caractères ataviques* témoignant des liens de filiation qui nous rattacheraient aux mammifères et spécialement aux singes. Mais, sous peine d'agir avec un arbitraire absolument antiscientifique, ils doivent accepter toutes les anomalies dont il s'agit, comme ayant la même signification. Dès lors, ils sont obligés de placer parmi nos ancêtres tous les animaux dont l'homme reproduit accidentellement quelque

caractère anatomique. De la note actuelle il résulte qu'on devrait faire figurer dans cet arbre généalogique, non seulement les singes de tous les types, depuis les anthropomorphes jusqu'à l'atèle et au ouistiti, mais encore des carnassiers, des ruminants et des rongeurs. Les faits publiés antérieurement par M. Testut conduisent même jusqu'aux serpents.

« La loi de *caractérisation permanente*, une des plus séduisantes qu'ait formulées Darwin, est en désaccord absolu avec cette conséquence. Donc, même en se plaçant au point de vue du transformisme, on ne saurait invoquer les anomalies dont il s'agit ici comme un argument en faveur de l'origine animale de l'homme et surtout de son origine simienne. »

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 11 au 17 juillet 1884. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1,195. — Fièvre typhoïde, 39. — Variole, 0. — Rougeole, 23. — Scarlatine, 6. — Coqueluche, 10. — Diphthérie, croup, 26. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 12. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. aiguë), 55. — Phthisie pulmonaire, 187. — Autres tuberculoses, 19. — Autres affections générales, 70. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 56. — Bronchite aiguë, 19. — Pneumonie, 59. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 185 ; au sein et mixte, 56 ; inconnues, 10. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 111 ; circulatoire, 58 ; respiratoire, 51 ; digestif, 56 ; génito-urinaire, 15 ; de la peau et du tissu lamineux, 7 ; des os, articulat. et muscles, 5. — Morts violentes, 52 — Causes non classées, 3.

Le service de Statistique a compté cette semaine 1,195 décès au lieu de 1,105 qui avaient été enregistrés la semaine dernière, et de 991, enregistrés pendant la semaine précédente.

Cette augmentation progressive de la mortalité doit être attribuée uniquement à l'augmentation du nombre des décès des enfants de moins de un an.

En ce qui concerne les maladies épidémiques, la comparaison des dernières semaines conduit aux remarques suivantes :

La Rougeole (23 décès au lieu de 39) est en voie de diminution sensible. Il est probable que cette fièvre, qui a été très meurtrière en mars, avril et mai, va devenir de plus en plus rare. L'observation statistique montre, en effet, que la Rougeole, toujours fréquente en juin, diminue progressivement pendant l'été et l'automne et devient très rare en octobre.

Nous sommes donc en droit d'espérer que la décroissance du nombre des décès par la Rougeole ira en s'accentuant à mesure que nous nous rapprocherons de la saison d'automne.

Quoique la Rougeole diminue dans toute l'étendue de la ville, cependant c'est toujours dans les mêmes quartiers qu'elle fait le plus de victimes : les quartiers de la Gare (1 décès cette semaine) et de la Maison-Blanche (2 décès), qui sont contigus ; Belleville (2 décès) et le Combat (2 décès), qui sont également contigus, présentent des foyers d'épidémie que nous avons à signaler chaque semaine. On peut noter encore comme atteints de la Rougeole, mais dans une moindre proportion, les Enfants-Rouges, Saint-Thomas-d'Aquin et enfin la Folie-Méricourt.

La Fièvre typhoïde se maintient au chiffre élevé de 39 décès (au lieu de 41 pendant la semaine précédente). Elle est répandue depuis cinq semaines dans le quartier de la Porte-Saint-Denis (3 décès cette semaine) et la Porte-St-Martin (3 décès cette semaine). Au contraire le quartier de l'Europe qui pendant deux mois de suite en avait présenté des cas, ne compte plus de décès par cette cause depuis deux semaines.

La Variole n'a pas causé un seul décès cette semaine.

La Scarlatine (6 décès dans chacune des deux dernières semaines) est toujours une maladie très rare à Paris ; cependant elle a, depuis quelque temps, une tendance à augmenter de fréquence.

La Coqueluche (10 décès au lieu de 14) continue à être rare ; on la rencontre surtout dans les quartiers de la Roquette, de la Villette, du Père-Lachaise et de Charonne (1 décès dans chacun de ces quartiers).

La Diphtérie (26 décès au lieu de 27) reste à l'état stationnaire, c'est-à-dire que l'état épidémique, qui s'était prolongé jusqu'au commencement de juin, a fait place, depuis trois semaines, à un état à peu près normal.

Le Service de Statistique a reçu notification de 624 mariages et de 1,218 naissances

d'enfants vivants (632 garçons et 586 filles) dont 895 légitimes et 323 illégitimes ; parmi ces derniers 59 ont été reconnus par un des parents ou par les deux.

Dr Jacques BERTILLON,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

Faculté de médecine de Paris.

THÈSES DE DOCTORAT DU 14 AU 20 JUILLET 1884.

Lundi 14 et mardi 15. — Pas de thèses.

Mercredi 16. — M. Cantacuzène : Des foyers d'auscultation en obstétrique. (Président : M. Tarnier.) — M. Grisel : Contribution à l'étude de la version dans les bassins rétrécis. (Président : M. Tarnier.) — M. Gressin : Contribution à l'étude de l'appareil à venin des poissons du genre « vive ». (Président : M. Béclard.) — M. Karline : Contribution à l'étude des vaso-moteurs. (Président : M. Béclard.) — M. Ben Larbey : La médecine arabe en Algérie. (Président : M. Béclard.) — M. Mattei : Du traitement des abcès froids par l'injection d'éther iodoformé. (Président : M. Verneuil.) — M. Jacquin (Gabriel) : Etude sur la phthisie syphilitique chez l'adulte. (Président : M. Fournier.)

Jeudi 17. — M. Poirier de Narçay : De l'ascite congénitale. (Président : M. Pajot.) — M. Alexandre (Henri) : Contribution à l'étude du rhumatisme pendant la grossesse. (Président : M. Pajot.) — M. Gelez : Des lésions osseuses dans la convalescence de la fièvre typhoïde. (Président : M. G. Sée.) — M. Chauveau : Contribution à l'étude de la grippe. (Président : M. Peter.) — M. Reymondon : Etude sur l'élimination simultanée des kystes hydatiques du foie dans les voies biliaires et dans la cavité thoracique. (Président : M. Peter.) — M. Boudault : Du traitement de l'orchite par la compression et la sudation. (Président : M. Cornil.) — M. Magnin : De quelques effets des excitations périphériques chez les hystéro-épileptiques à l'état de veille et d'hypnotisme. (Président : M. Laboulbène.) — M. Gillard : Contribution à l'étude du vaginisme. (Président : M. Laboulbène.)

Vendredi 18. — M. Jacquin (Pierre) : Etude sur l'adénite inguinale de la blennorrhagie. (Président : M. Verneuil.) — M. Ebeid : Des fistules vésico-vaginales et de leur traitement par la réunion immédiate secondaire. (Président : M. Verneuil.) — M. Pagnier : Essai sur l'étiologie du rhumatisme articulaire aigu. (Président : M. Damaschino.) — M. Heulez : De l'asthénie du tissu conjonctif. (Etude pathogénique des dilatations veineuse, annulaire, pulmonaire, etc.) (Président : M. Damaschino.) — M. Roussel : Températures élevées et températures simulées. (Président : M. Potain.)

Samedi 19. — Pas de thèses.

COURRIER

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Les engagements d'imprimerie pour les thèses de doctorat seront reçus au secrétariat jusqu'au vendredi 18 juillet 1884 inclusivement, dernier délai.

MM. les étudiants qui désirent soutenir leur thèse avant les vacances sont donc priés de ne pas dépasser ce délai. Il est bien entendu que leur consignation pour ladite thèse aura été déposée avant le 15 juillet 1884.

EXPÉRIENCES SUR LA RAGE. — Une partie du domaine de Villeneuve-l'Étang va être prochainement mise par le gouvernement à la disposition de M. Pasteur pour y poursuivre ses expériences sur la rage.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

BULLETIN

Académie de médecine, 22 juillet. — On a prétendu bien à tort qu'il n'existait pas de remèdes contre le choléra. Au contraire, c'est par centaines et par milliers qu'on les compterait, si l'on en croit les communications adressées depuis huit jours à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine. L'Institut, en une semaine, n'a pas reçu moins de 230 mémoires relatifs au choléra ; à l'Académie de médecine, M. le secrétaire perpétuel a dû renoncer à faire connaître toutes les panacées proposées contre cette maladie. Plusieurs séances, a-t-il dit, ne suffiraient pas au dépouillement de la correspondance ayant pour but d'indiquer les moyens propres à combattre le redoutable fléau. C'est une inondation, un véritable déluge ! Médecins et gens du monde, hommes et femmes, tous ont la tête en ébullition, chacun propose son remède. L'un, partisan de M. Koch, recommande « la propreté sèche », et prétend résoudre le problème de la toilette sans eau ni liquide d'aucune espèce ; l'autre propose le lavage de tout le tube digestif avec de l'eau iodée ; celui-ci préconise l'usage de l'essence de térébenthine *intus et extra* ; celui-là ne croit pouvoir triompher du microbe du choléra qu'en le poursuivant jusque dans le système circulatoire à l'aide d'injections d'eau oxygénée dans les veines ; — quelqu'un est d'avis qu'il serait préférable d'essayer d'expulser le parasite au moyen de la pilocarpine et de substituer les sueurs abondantes aux évacuations intestinales. Un amateur de bains chauds conseille de plonger les cholériques dans des bains de 45 à 50 degrés. Un inventeur qui a plus de confiance dans l'action du froid, et dont la science s'unit à beaucoup de poésie, veut empêcher le choléra en créant un hiver artificiel. Pour cela, il suffit tout simplement de supprimer le soleil. On y arriverait aisément, dit-il, en renvoyant dans l'espace une partie des rayons de cet astre et en absorbant le reste au moyen d'un système combiné de miroirs. Enfin, un correspondant, quelque peu malicieux et gouailleur, demande la création d'un concours auquel devraient participer tous les médecins qui prétendent avoir un remède souverain contre le choléra.

Un envoi moins gai fait à l'Académie est celui d'une boîte contenant l'organisme de transmission du choléra, lequel serait, suivant l'auteur, un *mucor* spécial qu'il appelle *cholérifère*. M. le Secrétaire perpétuel se disposait à ouvrir la boîte, mais des cris : « Ne l'ouvrez pas ! » partis des banquettes académiques a arrêté sa main imprudente, et la nouvelle boîte de Pandore est restée heureusement fermée. On se demande ce que l'Académie va faire de ce dangereux présent.

Mais passons maintenant aux choses sérieuses. L'Académie a entendu deux communications importantes sur le choléra, l'une de M. Fauvel, l'autre de M. Jules Guérin. Les deux vénérables Nestors de la science, illustres vétérans des luttes académiques, ont donné, dans cette séance, une nouvelle et éclatante preuve de l'ardeur et de la fermeté inébranlable qu'ils mettent au service de leurs convictions et de leurs doctrines.

M. Fauvel, de Courseulles-sur-Mer, où il est allé prendre un mois de repos nécessaire au rétablissement de sa santé, écrit à M. le Président de l'Académie pour renouveler une fois de plus la déclaration qu'il a déjà faite à deux reprises, à savoir que les épidémies de Toulon et de Marseille,

nées sur place, s'éteindront sur place, sans se propager ni en France ni dans le reste de l'Europe. Nous devons avouer que cette nouvelle déclaration a paru très hardie, étant données les apparences qui semblent contredire les affirmations réitérées du savant épidémiologiste.

Quant à M. Jules Guérin, fidèle aux doctrines qu'il a toujours soutenues depuis et avant même l'explosion de l'épidémie de 1832, il a, dans un discours écouté avec une religieuse attention par l'Académie et par le public qui assistait à la séance, discours dont on trouvera au compte rendu les conclusions très développées, M. J. Guérin, disons-nous, a soutenu que l'épidémie actuelle n'avait pas été importée, mais qu'elle était comme toutes les autres épidémies de choléra, le produit spontané de modifications atmosphériques particulières combinées avec des modifications organiques spéciales ; ces conditions développées à la fois toujours spontanément sur un certain nombre de foyers isolés iront en se généralisant et il en résultera une épidémie qui s'étendra, la contagion, phénomène d'ailleurs secondaire, aidant, à l'Europe entière.

Ainsi, pour M. Jules Guérin, comme pour M. Fauvel, le choléra de Toulon et le choléra de Marseille n'ont pas été importés, mais tandis que, d'après M. Fauvel, l'épidémie actuelle, née de causes purement locales, est destinée à s'éteindre sur place sans se propager, d'après M. Jules Guérin, au contraire, cette même épidémie, produit de causes générales, est destinée à se progager et à s'étendre.

Tels ont été les oracles contradictoires prononcés par les augures de l'Académie de médecine. Contrairement aux augures antiques, qui ne pouvaient, dit-on, se regarder sans rire, les deux savants académiciens appuient chacun leur opinion sur des raisonnements parfaitement déduits et sur des arguments également sérieux en apparence. Comme nous devons les tenir tous les deux pour des augures sacrés, notre perplexité est extrême ; tandis que l'un nous rassure, l'autre nous fait trembler. Espérons jusqu'au bout que le bon augure aura raison contre le mauvais.

A. T.

— Oublions un peu le choléra; oublions ces étrangers qui font mine de venir chez nous pour travailler, à qui nous donnons, généreusement ou naïvement, toutes les facilités pour continuer leurs études, et qui, à peine installés, se posent en « inspecteurs », comme on l'a dit très justement à la Société médicale des hôpitaux, donnent des instructions aux municipalités, conseillent de tarir les ruisseaux parce qu'ils ont vu un microbe se dessécher sur la platine de leur microscope, affirment qu'un appartement se purifie de lui-même en six jours, et avec leurs airs de prudhommes réussissent à nous montrer combien peu leurs esprits bourrés de théories comprennent la valeur des faits scientifiques.

Oublions un moment les insanités qu'on a dites ou qu'on dira sur l'épidémie actuelle, et continuons à écouter nos confrères des départements, qui, médecins ou chirurgiens, nous donnent si souvent de salutaires avis. Jeudi dernier, c'était M. Closmadeuc et l'opération césarienne; aujourd'hui, c'est à M. A. Vidal (de Grasse) que nous donnons la parole.

« Dans votre numéro du 26 juin dernier, vous publiez un article sur la déchirure du périnée et son traitement, qui me paraît de nature à entraîner, de la part des jeunes praticiens, une pratique déplorable, jetant l'effroi dans les familles, et compromettant la terminaison *toujours heureuse* d'un événement que j'oserai qualifier de normal, tant il est habituel. Permettez à un vieil accoucheur de dire à M. Alloway qu'il n'y a guère de périnée qui ne se déchire plus ou moins lors d'un premier accouchement, quelles que soient l'attention qu'on y porte et l'habileté qu'on mette à le soutenir. Et j'ajoute qu'après avoir été déchiré, il se raccommode toujours de lui-même. Je ne fais à cette loi qu'une réserve, pour le cas où la déchi-

rure intéresse le sphincter anal; et encore, neuf fois sur dix, la rupture du sphincter guérit toute seule. Je déclare que la nouvelle blessure que vous infligez à l'accouchée ne lui sert de rien, qu'une suture aussitôt après l'accouchement ne tient pas, s'ulcère, et peut devenir, mieux que la plaie du périnée, la source des accidents que vous voulez prévenir. »

Nous sommes loin de partager l'optimisme de M. Vidal quant au pronostic des ruptures qui entament le sphincter : règle générale, ces *déchirures complètes* sont des calamités qui réclament notre intervention. Mais sur tous les autres points nous sommes d'accord : les *déchirures imcomplètes* ne sont rien, et les chirurgiens ont perdu leur temps à créer des procédés pour les guérir. Les sutures, les serres-fines elles-mêmes sont plus nuisibles qu'utiles ; elles favorisent quelquefois la réunion immédiate, mais toujours au prix d'une souffrance, ou au moins d'un ennui considérable. Livrée à elle-même, la plaie guérit toujours par adhésion primitive ou secondaire; le périnée se refait en quelques jours ou en quelques semaines. En somme, c'est une lésion bénigne qui n'exige aucun traitement, et, quand il est sûr du sphincter, l'accoucheur peut et doit la passer sous silence. L.-G. R.

Le choléra à la Chambre des députés.

La Commission d'examen de la proposition de M. Bert s'est réunie lundi pour la première fois et, suivant l'usage, a entendu l'opinion de chacun de ses membres, c'est-à-dire le résumé des observations qui ont été faites dans les bureaux.

Tous les membres, comme nous l'avons dit déjà, sont hostiles au projet ; les uns, avec MM. Ganne et Carret, déclarent que ce n'est pas par des affirmations sans preuves qu'on peut légitimer scientifiquement une telle législation. Ils demandent donc, avant d'entrer dans toute discussion, la production d'arguments scientifiques, de faits positifs et d'observations médicales favorables aux idées de M. Bert. Celui-ci ne les a pas donnés.

D'autres, avec MM. Labrousse, Gomot, Rameau, Remoiville et Blancsubé, déclarent l'impossibilité d'appliquer une telle législation, de livrer les pays contaminés à l'arbitraire des futurs délégués, sans profit pour la santé publique puisqu'une telle réglementation est impraticable dans les campagnes. De plus ils reprochent à cette proposition de provoquer un affolement plus grand encore dans les populations. En d'autres termes c'est dire qu'elles peuvent satisfaire la vanité d'individus ambitieux de mettre toujours leurs noms sur les lèvres du public, mais non servir les intérêts de la santé publique ; puisque, ne devant ni ne pouvant aboutir, elles ont pour tout résultat de semer la frayeur. Enfin, M. Blancsubé, qui revient des villes infectées et qui par un long séjour en Cochinchine, a été témoin de nombreuses épidémies, n'a pas craint de séjourner à Marseille avec sa famille. Il s'élève avec force contre l'affolement des esprits dont un tel projet est l'indice.

La commissaire du cinquième bureau, M. Bacquias, a formulé des raisons plus décisives encore. Le projet, a-t-il dit, est *vexatoire* pour les familles, *attentatoire* à la dignité et à la liberté professionnelle du médecin traitant, enfin *dangereux*. Ces fameux délégués préfectoraux seront un peu comme les inspecteurs des trichines, fonctionnaires très chers au député de l'Yonne, plus chers encore au budget national, ils ne pourront exiger des familles ce que les médecins obtiennent par la persuasion et l'autorité morale.

D'autre part, il est superflu et dangereux de relever ces derniers du secret professionnel. Jamais ils n'ont refusé de faire les déclarations nécessaires en temps d'épidémie, et j'ajouterai même que les mesures sanitaires qui sont prises dans les familles le sont toujours sur leur initiative plutôt que d'après celle de l'administration.

Restent les mesures qu'on dit nouvelles et dont on demande la légalisation par les Chambres. Il faudrait prouver leur nouveauté, leur raison d'être et leur utilité. C'est aux pouvoirs publics de déclarer s'ils sont armés suffisamment avec la législation sanitaire actuelle. Dans l'affirmative, qu'ils fassent exécuter la réglementation. Au cas contraire, il sera temps de légiférer.

M. Bacquias a parlé en médecin d'expérience, qui tient compte de toutes les diffi-

cultés morales et sociales de la pratique. Ses opinions sont celles qui ont été exprimées à cette même place. Enfin, un dernier orateur, M. J. Roche n'a pas été moins sévère pour le projet en délibération ; il refuse de l'examiner en détail et croit plus utile, avec tout le monde d'ailleurs, de demander la centralisation de tous les services d'hygiène dans un même ministère.

Après un tel débat, et devant une telle opposition, M. P. Bert, qui n'aime pas les échecs, aurait bien pu retirer son projet.

C'eût été œuvre de prudence, mais c'eût été aussi une défaite. M. Bert a donc pris la parole, non pas tant pour défendre *unguibus et rostro* les considérants de son projet que pour en adoucir les rigueurs, déclarer qu'il était bon prince, puisque autrefois la peine de mort était la sanction des infractions à la loi des quarantaines et mettre en accusation le corps médical qui, dans les épidémies, aurait refusé le plus souvent les renseignements demandés par l'administration. Enfin il veut, par un argument d'analogie, faire adopter les règlements danois, helléniques et autres sur les épidémies ; seulement il faudrait savoir si, dans ces pays, ils sont appliqués, et si à Athènes, par exemple, comme le veut le règlement, on place à la porte de chaque cholérique un factionnaire, l'arme au bras, chargé d'éloigner ou d'avertir les passants !

Mardi, la commission s'est réunie de nouveau. Elle refuse avec raison d'ouvrir le budget à de nouveaux fonctionnaires, car l'économie de cette législation consiste avant tout à créer des fonctions rétribuées, et demande aux ministres de faire usage des lois actuelles. De plus, elle est saisie du projet de M. Liouville, projet qui a pour objet de créer une Direction de la santé publique, réunissant tous les services d'hygiène et d'assistance publique et les rattachant à un ministère.

De l'avis des commissaires, le directeur devrait être un administrateur habitué aux questions de cette nature, et non pas un médecin. Cette opinion me semble justifiée, dans un temps où la politique fait si grand tort à la médecine et aux médecins !

C. L. D.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1884.

A *Toulon*, du 20 au 21, on comptait 35 décès civils et 1 décès militaire à Saint-Mandrier. L'effectif des malades en traitement dans cet hôpital était de 131 cholériques, parmi lesquels 118 sont convalescents. Du 21 au 22, les décès ont été de 41, dont 2 décès à Saint-Mandrier. On signale des décès à la Seyne et à La Garde, aux environs de Toulon, où huit étudiants et quatre médecins de Montpellier se sont mis à la disposition de la municipalité.

La mortalité cholérique à *Marseille* s'est élevée du 20 au 21 à 61 décès ; du 21 au 22 à 62, et pour la nuit du 22 à 35.

Si le nombre des décès est stationnaire, par contre on a enregistré 10 décès à *Arles* du 20 au 21, 3 à *Brignolles* et à *Aix* le 20 juillet, 1 à *Nîmes* et 1 à *Draguignan* le 21 juillet. L'épidémie a donc une tendance à s'étendre, bien que beaucoup de ces décès soient ceux de fugitifs de Marseille, émigrant dans les villes voisines. — C. L. D.

BIBLIOTHÈQUE

Congrès international de médecins des colonies a Amsterdam, septembre 1883. — Compte rendu publié par M. Van Leent, secrétaire général, et MM. Guye, de Perrot et Zeeman. Amsterdam, F. Van Rossen, 1884.

Nous avons reçu ces jours derniers ce compte rendu, et nous avons relu avec plaisir les discours prononcés aux séances générales, et les communications faites aux séances des sections. Notre plaisir a été d'autant plus vif que presque tout le volume est publié en français, et que lorsque les communications ont été faites dans une autre langue, MM. les secrétaires ont pris la peine d'en donner ensuite un résumé en français. Nous ne pouvons être que très sensible à cette attention, et nous leur en offrons, au nom de nos compatriotes qui ont assisté au Congrès, nos sincères remerciements. Qu'il nous soit permis cependant de faire remarquer à nos lecteurs que ces communications faites en langue étrangère aux Français sont peu nombreuses ; nos confrères de la Hollande et de l'Allemagne ont tous adopté notre langue ; seuls MM. Dyce Duckworth, Ecklund, Lewis, Scriven et Waring ont parlé en anglais ; mais, comme je l'ai dit, MM. les secrétaires ont bien voulu résumer leurs discours en français.

Une autre preuve de sympathie envers nos compatriotes se retrouve encore dans le *Rapport sur l'organisation du Congrès* de M. le docteur Van Leent, secrétaire général: M. le docteur Walther, médecin inspecteur de la marine, avait été désigné par le gouvernement français pour le représenter au Congrès ; mais la mauvaise santé de ce digne confrère l'avait empêché de se rendre à Amsterdam, et M. Le Roy de Méricourt avait été délégué pour le remplacer. Chacun de nous sera certainement très touché des termes sympathiques dont M. Van Leent s'est servi pour regretter l'absence de M. Walther et pour féliciter le Congrès de compter M. Le Roy de Méricourt parmi ses membres officiels.

Nous avons donné dans ce journal, peu de temps après le Congrès, le compte rendu des travaux qui y ont été présentés; nous n'y reviendrons pas. Nous voulons cependant signaler encore le discours remarquable de M. le président Stokvis, que nous trouvons, dans le volume actuel, enrichi de nombreuses notes biographiques et bibliographiques très précieux à consulter. L.-H. PETIT.

REVUE DES JOURNAUX

Journaux anglais et américains.

Du traitement du croup et de la diphthérie par le bichlorure de mercure à hautes doses, par le docteur Willam THALLON. (*The New-York medical Journal*, 12 et 19 avril 1884.) — Ce traitement consiste à donner le bichlorure de mercure à doses répétées dès les premiers stades de la maladie, de façon à amener la *mercurialisation* de l'économie annoncée par la salivation, puis à cesser dès qu'apparaît cette salivation et que la maladie s'établit définitivement; ce traitement n'est donc absolument appliquable que si l'on a pu prendre le malade dès la période d'invasion. Car toutes les observations prouvent que, prolongé au delà de ce premier stade, lorsque la maladie imprime à l'organisme ses caractères de maladie infectieuse et adynamique, l'action altérante du mercure devient absolument nuisible.

Au contraire, à titre presque de médicament préventif, à titre de traitement dès la période d'invasion, le traitement mercuriel produit le détachement des pseudo-membranes et coupe court à la marche de la maladie qui réclame surtout alors l'usage des toniques.

L'auteur s'est fait une règle, quand il est appelé auprès d'un diphthéritique, d'ordonner aux personnes de son entourage, à titre de mesure prophylactique, une potion dans laquelle entrent le bichlorure de mercure et le perchlorure de fer.

La diphthérie affecte deux formes cliniques différentes, la forme inflammatoire et la forme adynamique infectieuse. La première est de beaucoup la plus bénigne; du reste, les deux éléments inflammatoires et infectieux en pratique se mêlent le plus généralement.

Dans les cas où l'inflammation du pharynx et des tonsilles prédomine, le mode d'action du mercure paraît s'expliquer par ces faits, que dans les processus inflammatoires en général, la fibrine augmente dans le sang, et que cette fibrine apparaît dans les exsudats qui prennent naissance sur la séreuse ou la muqueuse, sur laquelle s'est localisée l'inflammation.

Or, le mercure possède, comme chacun sait, l'indiscutable propriété de diminuer la formation des exsudats plastiques, lorsqu'il est ingéré à doses rapides et fortes.

Il a, de plus, une autre action qui concourt vers le même résultat, c'est d'augmenter les excrétions et les sécrétions, d'être un altérant de premier ordre; son action se fait sentir non point sur une seule espèce de glandes, mais sur tout un groupe: glandes salivaires, intestinales, muqueuses, reins, pancréas, foie.

L'auteur suppose que le bichlorure de mercure décompose certains éléments constituants du sang, formant avec eux des dérivés irritants qui accélèrent la sécrétion des glandes. Si les hautes doses de bichlorure étaient poussées au delà du stade aigu ou d'invasion, elles seraient très nuisibles, en raison de l'action débilitante et altérante qu'elles exercent sur un organisme en proie à une affection essentiellement adynamique.

Dans les formes infectieuses, l'influence favorable du mercure est vraisemblablement attribuable à ses propriétés antizymotiques; c'est en stérilisant en quelque sorte la masse du sang, en la rendant aseptique, en combattant la tendance qu'un sang trop chargé de matériaux fibrinogènes présente à la décomposition qu'agirait le bichlorure

de mercure, puisque son premier effet sur l'organisme est de diminuer la plasticité du sang.

Quant à la dose de sublimé nécessaire pour amener ces résultats, elle doit être évidemment moindre pour stériliser un sang vivant, circulant à l'état de *chair coulante* dans ses canaux naturels, offrant une certaine résistance vitale à l'invasion par des organismes inférieurs que celle qui est nécessaire pour stériliser du sang *in vitro.*

Les observations de l'auteur concordent avec celles du docteur Herr et d'autres observateurs, et sollicitent de nouveaux témoignages qui, venant s'ajouter aux siens, viendront mettre en lumière la valeur du sublimé dans la période d'invasion du croup et de la diphthérie pharyngienne. — L. Dn.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 juillet 1884. — Présidence de M. A. Guérin.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. Fauvel, vice-président, qui, éloigné, comme on sait, de l'Académie pour des raisons de santé, écrit pour discuter quelques-unes des communications récemment faites à l'Académie sur le choléra; cette lettre conclut de la manière suivante :

« Il ressort de tout ce qui précède que le fait capital de la situation sanitaire a été laissé dans l'oubli, à savoir : *que tous les cas de choléra provenant de Toulon et de Marseille sont restés partout* STÉRILES, *sans former de foyer épidémique.*

« Je tiens à rappeler ce fait, et j'en conclus qu'il est à peu près certain dès à présent que le choléra de Toulon et de Marseille ne se propagera ni en France, ni ailleurs en Europe, comme l'a prédit M. Virchow.

« Quant à moi, naturellement, je l'attribuerai à la non-contagiosité de la maladie; d'autres y verront l'effet des mesures prises pour l'arrêter. Ce qui importe *au public*, c'est, comme je l'ai déjà dit, le résultat même qui doit satisfaire à tous les intérêts. »

2° Une lettre de M. le docteur Mège, du Pradet, près Toulon. Cette lettre établit que les trois premiers cas de choléra signalés dans cette commune se sont produits sur trois personnes arrivées le même jour de Toulon, et dont deux, un enfant de 5 ans et une jeune fille de 16 ans, succombèrent dès les premières heures de leur arrivée.

3° Une lettre de remerciements de M. le docteur Longmoore, récemment nommé membre correspondant étranger.

4° Un pli cacheté déposé par M. de Jousseine, de Liège. (Accepté.)

5° Un mémoire intitulé : *De l'influence des inoculations vaccinales multiples*, par M. le docteur Sourris, médecin-major de 2e classe.

6° Un autre mémoire intitulé : *Epidémiologie, introduction, marche et formes de l'épidémie de fièvre typhoïde, en 1881, en Tunisie*, par M. le docteur Constan, médecin-major.

7° Un relevé des opérations césariennes faites à Vannes par M. le docteur Closmadeuc. (Comm. MM. Tarnier et Guéniot.)

M. Besnier présente, au nom de M. Saint-Vel, un volume intitulé : *De la douleur physique et morale au point de vue physiologique et pathologique.*

M. Larrey dépose sur le bureau : 1° au nom de M. le docteur Guermonprez (de Lille), une série de brochures sur divers sujets de chirurgie; — 2° au nom de M. Anastasi, petit-fils de Nicolas Leblanc, une *Notice sur la vie et les travaux de ce chimiste, et l'histoire de la sonde artificielle.*

M. Dujardin-Beaumetz offre en hommage le 8e fascicule de son *Dictionnaire de thérapeutique.*

M. Bouley présente, au nom de M. Couza, vice-président de l'Académie royale de Belgique, une *Etude sur la diphthérie, sa nature et son traitement.*

M. Brouardel présente, au nom de M. G. de Souza-Lima (de Rio-de-Janeiro), une *Etude sur la crémation des cadavres.*

M. Trélat présente : 1° au nom de M. Bougard une brochure intitulée : *La cure ther-*

male à Bourbonne-les-Bains ; — 2° au nom de M. Léo Testut, un très important ouvrage intitulé : *Des anomalies musculaires chez l'homme, d'après l'anatomie comparée, leur importance en anthropologie.*

M. de Villiers présente, au nom de M. le docteur Charnaux, un mémoire manuscrit *Sur le traitement du choléra par les alcalins à haute dose.*

M. Alfred Fournier offre en hommage une brochure intitulée : *Syphilis héréditaire tardive : accidents cérébraux* ; leçons professées à l'hôpital Saint-Louis. (Extrait de l'Union médicale.)

M. Tarnier présente, de la part de M. Budin, accoucheur de la Charité, une sonde qu'il a fait fabriquer par M. Mathieu et qui est destinée à pratiquer le lavage de la cavité utérine et d'autres cavités.

Cette sonde, qu'elle soit en métal ou en *celluloïde*, a une longueur de 30 centimètres environ. Elle présente, d'un bout à l'autre, une cannelure profonde, de telle sorte qu'une coupe pratiquée perpendiculairement à sa longueur aurait la figure d'un fer à cheval.

La dépression profonde, la cannelure qui existe sur cette sonde, en s'adaptant bien sur la pulpe du doigt et en glissant sur elle pendant l'introduction de la sonde, rend cette introduction très facile.

Cette même cannelure assure le retour du liquide injecté, même lorsque l'utérus se rétracte fortement sur l'instrument.

Les sondes en celluloïde ont des avantages particuliers.

Bien que résistantes, elles jouissent d'une certaine élasticité, d'une certaine souplesse qui leur permettent de s'adapter à la courbure des organes, ce qui facilite encore l'introduction de l'instrument.

M. Tarnier a essayé les sondes en celluloïde à la Maternité et elles lui ont donné d'excellents résultats.

— A l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, M. Lunier demande que l'on procède au plus tôt à l'examen de l'*instruction* qui a été communiquée à l'Académie dans la dernière séance, et qui est émanée du Comité consultatif d'hygiène publique.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le choléra.

M. Jules Guérin lit un discours dont voici les conclusions identiques à celles qu'il avait données, il y a un an, à l'occasion d'une discussion soulevée à l'Académie dans la séance du 31 juillet 1883 :

« 1° Conformément à l'enseignement des plus grands maîtres de la science, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, j'ai toujours considéré l'évolution des épidémies, et des épidémies de choléra en particulier, comme un produit de certaines constitutions médicales résultant de modifications successives de l'atmosphère et de l'organisme.

« 2° Sous l'empire de ces modifications, les épidémies cholériques s'annoncent par des dérangements dans la santé, dérangements caractérisés surtout par des diarrhées continues chez les enfants d'abord, chez les adultes et les vieillards ensuite. J'ai signalé ces faits à l'approche de toutes les épidémies de choléra depuis l'année 1831, plus d'une année avant l'épidémie de 1832, et successivement, pour les quatre grandes épidémies qui ont suivi celle de 1832 : en 1849, en 1853, en 1866 et en 1873.

« L'existence de ces diarrhées auxquelles j'ai donné le nom de *diarrhées prémonitoires des épidémies*, a été confirmée par les observateurs les plus sévères de tous les pays.

« 3° Lors de l'explosion des épidémies cholériques, et pendant leur règne, on constate trois autres catégories de diarrhées, qui ne sont que la continuation des diarrhées prémonitoires de l'épidémie, et trois expressions plus avancées de l'intoxication cholérique :

« La première catégorie est celle où le choléra, dans certaines localités, villes, villages, ne va pas au delà de cette ébauche, tandis que, dans les localités voisines, il acquiert tout son développement.

« La deuxième catégorie est celle qui précède invariablement le développement du choléra individuel et en constitue la première période.

« La troisième catégorie, celle qui dans les localités où règne le choléra complet, se limite néanmoins à certains quartiers, à certaines rues, à certains côtés de rues, que l'on avait supposés précédemment tout à fait épargnés par la maladie, et ce, en vertu d'une immunité exceptionnelle.

« J'ai montré que ces trois catégories de diarrhées ne sont que des expressions variées et graduées de l'intoxication cholérique.

« 4° J'ai constaté qu'avant l'explosion collective du choléra confirmé, et avant la date assignée à cette explosion, il avait toujours existé quelques cas de choléra réel, mais isolés et inaperçus ou indûment qualifiés *choléra nostras*; ce qui a fait dire que le *choléra officiel* arrive toujours après le choléra *réel*; celui-ci, entouré des prodromes de l'épidémie et se manifestant presque toujours en même temps, le même jour, si ce n'est à la même heure, dans des quartiers différents. Des faits absolument pareils se sont produits et reproduits à Paris en 1832, à Marseille en 1865, au Havre, à Rouen et à Paris en 1873; et, dans chacune de ces localités, les constatations ont été revêtues des preuves les plus authentiques et ont été consignées dans les documents les plus sérieux. A l'appui de ces faits, je citerai encore les constatations si remarquables du docteur Cuningham, rapporteur général de la Commission sanitaire de l'Inde, celui que l'on proclamait hier en Angleterre *le plus grand hygiéniste du siècle :*

« L'épidémie de 1872 à 1873, dit M. Cuningham, a débuté à peu près en même temps sur cent points différents et à de grandes distances les uns des autres. L'importation n'a pu être constatée dans aucune des localités soumises à une minutieuse surveillance.

« 5° Contrairement à la doctrine de l'importation, différentes contrées de la France sont restées pendant des mois, si ce n'est pendant une année, en rapport quotidien avec différents centres occupés par le choléra sans avoir contracté la maladie, et lorsque la maladie a fait son apparition dans quelques rues, comme à Paris en 1832, au Havre en 1873, il a été absolument impossible de découvrir un fait pouvant servir de prétexte à l'importation.

« 6° La contagiosité du choléra, contagiosité établie par un certain nombre d'observations incontestables, que j'ai toujours admises, ne constitue qu'un fait relatif, c'est-à-dire subordonné, pour les localités, pour l'individu et pour la maladie elle-même, à des conditions préalables d'aptitude, de réceptivité et d'activité contingentes, lesquelles expliquent tout à la fois l'impuissance des transports lointains et la stérilité si fréquente des contacts individuels.

« 7° Les épidémies de choléra sont soumises aux lois qui règlent l'évolution et la propagation des autres maladies virulentes et infectieuses, et les différentes dénominations avec lesquelles on a arbitrairement séparé les formes et degrés du choléra *réel* en choléra *nostras, sporadique, épidémique, asiatique*, n'ont pas plus de raison d'être que de semblables appellations que l'on voudrait appliquer à la variole, à la scarlatine, à la rougeole, etc.; les unes, pas plus que les autres, n'ayant pas un point de départ unique et ne pouvant être considérées, à leurs différents degrés et formes diverses, comme des maladies de nature et d'origine différentes, sous les noms de variole, de rougeole et de scarlatine *nostras* ou *exotique*.

« 8° Enfin, et comme conséquences logiques et pratiques des faits qui précèdent, les mesures sanitaires employées aujourd'hui, pour s'opposer à l'envahissement du choléra asiatique, doivent être considérées comme des institutions caduques, qui seront un jour remplacées par le système des avertissements à domicile, système inauguré dès l'année 1849 en Angleterre, où, sur 130,000 cas de diarrhée prémonitoire dûment constatés, 250 seulement ont évolué jusqu'au choléra cyanique et mortel.

« Telles sont les propositions et conclusions qui résument mes principales communications sur le choléra. Elles ne sont, comme je l'ai dit, que l'expression et le résumé des faits que j'ai observés et rassemblés dans le cours de ma carrière. »

— A cinq heures, l'Académie se réunit en comité secret.

P. S. — Dans le courant de la séance, l'Académie a procédé, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre correspondant national dans la 2e division. Voici le classement des candidats :

En première ligne, M. Delore (de Lyon); en deuxième, M. Du Mesnil (de Rouen); en troisième, M. Berne (de Lyon); en quatrième, M. Cazin (de Berk-sur-Mer); en cinquième, M. Bitot (de Bordeaux); en sixième, M. Surmay (de Ham).

Le nombre des votants étant de 60, majorité 31, M. Delore obtient 32 voix; M. Du Mesnil, 18; M. Cazin, 7; M. Surmay, 3.

En conséquence, M. Delore ayant obtenu la majorité est proclamé membre correspondant.

— Une série de scrutins pour la nomination de commissions de prix en 1884 a donné les résultats suivants :

Prix de l'Académie : MM. Villemin, G. Sée, Robin. — Prix Civrieux : MM. Charcot, Vulpian et Mesnet. — Prix Capuron : MM. Blot, Tarnier et Guéniot. — Prix Barbier : MM. Empis, Moutard-Martin, Oulmont. — Prix Godard : MM. Fournier, Bucquoy et Potain. — Prix Desportes : MM. C. Paul, Dujardin-Beaumetz et Féréol. — Prix Buignet :

MM. Bouchardat, Gariel, Gautier. — Prix Daudet : MM. Lancereaux, Cornil et Verneuil. — Prix Vernois : MM. Proust, Besnier et Lunier. — Prix Lefèvre : MM. Luys, Blanche, Ball. — Prix Orfila : MM. Zungfleisch, Caventou et Duval.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 28 juin 1884. — Présidence de M. Polaillon.

Le procès-verbal est lu et adopté.

La correspondance imprimée comprend : le *Compte rendu général des Académies et Sociétés médicales*, le *Progrès médical*, le *Concours médical*, le *Journal d'hygiène*, la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, le *Journal de médecine de l'Ouest*, la *Revue médicale et scientifique d'hydrologie et de climatologie pyrénéennes*, le *Journal des sages-femmes*.

M. de Saint-Germain vient pour poser sa candidature au titre de membre honoraire : cette candidature est prise en considération pour la première vacance qui se produira.

M. Collineau dépose sur le Bureau un exemplaire de son ouvrage sur la gymnastique.

M. Polaillon présente, au nom de M. Ladreit de Lacharrière, les articles Surdité et Surdi-mutité du *Dictionnaire encyclopédique*.

M. le Secrétaire général donne lecture d'une lettre invitant en termes chaleureux les médecins français à assister au Congrès international de médecine de Copenhague. M. Thorens y représentera la Société.

M. Polaillon présente en son nom l'article Panaris du *Dictionnaire encyclopédique*. Il insiste sur ce fait, démontré par sa statistique, à savoir que les pansements antiseptiques n'abrègent pas plus la durée du panaris que celle des anthrax ou des furoncles, mais qu'ils préviennent les accidents possibles.

M. Thorens dit avoir obtenu dans plusieurs cas l'avortement d'un panaris à la période initiale par des applications alcooliques continues.

M. Besnier s'est de même trouvé bien des compresses phéniquées.

M. Ant. Martin rappelle les bons effets obtenus par M. Verneuil par les bains antiseptiques dans le traitement de l'angioleucite.

M. Polaillon : Ces procédés s'appliquent aux causes du panaris, non au panaris lui-même. Les pansements antiseptiques appliqués aux excoriations, etc., peuvent empêcher le panaris de se produire, mais ne guérissent pas le panaris lui-même. Le meilleur procédé à cette période est le badigeonnage avec la teinture d'iode sur les excoriations et à leur pourtour. Plus tard, les bains tièdes et les cataplasmes.

Quant au bain antiseptique, avant M. Verneuil, il avait été préconisé par Bonnet, qui employait des bains de chlorure de zinc.

Pendant le siège, je me suis servi, dans les cas de plaies putrides, de bains de chlorure de zinc et d'alcool camphré. Dans le panaris, ce procédé ne donne que des résultats médiocres dans le phlegmon diffus de l'avant-bras, il détermine des congestions ; le malade est peu soulagé, il préfère en général le pansement antiseptique, et la compression par un bandage ouaté avec des applications de glace s'il est nécessaire.

M. de Beauvais lit un rapport sur la candidature de M. Gros au titre de membre correspondant. Ses conclusions favorables sont adoptées.

Vu les absences qui se produiront à l'occasion de la fête du 14 Juillet, la Société décide que sa prochaine séance aura lieu le 5 juillet.

M. Thorens relate un cas de diphthérie dans lequel il a employé avec succès les badigeonnages de résorcine. La forme de la maladie était bénigne, et la guérison ne peut être attribuée au traitement; mais, comme topique local, la résorcine a été employée avec avantage; les fausses membranes ont disparu rapidement et les badigeonnages ont été très facilement supportés par l'enfant. Il a employé en même temps les aspersions phéniquées dans l'appartement, au moins au point de vue moral.

M. J. Besnier : La petite fille dont je vous ai présenté l'observation dans une précé-

dente séance a eu une récidive, et a été guérie une seconde fois par la résorcine. Je puis assurer, en me rapportant surtout aux faits de contagion, que les cas que j'ai vus étaient bien de la diphthérie. J'ai essayé de faire des fumigations de résorcine soit en vaporisant une solution, soit en brûlant des trochisques, je n'ai pu y réussir.

M. Polaillon lit l'observation suivante :

Kyste dermoïde de la face palmaire de la main.

X..., 40 ans, ouvrier en instruments de chirurgie, s'était aperçu depuis deux ans qu'il portait au niveau de la base de la première phalange de l'index droit une petite tumeur douloureuse par accès. Depuis quelques mois, cette tumeur a augmenté de volume; à son entrée, on trouve en effet une grosseur du volume d'une amande, siégeant sous la peau, qui est épaissie à son niveau, et qui lui est légèrement adhérente.

Elle semble indépendante du tendon fléchisseur et de sa gaine; elle donne à la palpation la sensation d'un ganglion, quoique moins tendue.

Le malade étant soumis aux inhalations chloroformiques, je pratique une incision de quelques centimètres au niveau de la tumeur, et j'arrive sous la peau à la partie externe du kyste.

Les parois en sont minces, ce qui rend la dissection difficile.

Cependant la poche est enlevée en totalité, bien que son contenu ait fait irruption au dehors.

Le contenu de la poche est constitué par une matière blanche onctueuse, semblable à de la cire ramollie. Les parois sont épaisses de quelques millimètres.

Au microscope, l'examen a donné les résultats suivants :

A la partie la plus externe, une couche de tissu fibreux formé de fibres de tissu conjonctif, serrées les unes contre les autres et enchevêtrées. Cette couche fibreuse est elle-même recouverte d'un épithélium que l'on peut diviser en deux couches secondaires: l'une profonde, formée de cinq à six couches de cellules polygonales, à contours dentelés. Les plus profondes renferment des granulations d'éleidine colorées au rouge vif par le carmin.

Le reste de la couche épithéliale est formée par des cellules ayant subi la transformation cornée; on peut encore apprécier leurs contours en soumettant la préparation à l'action de l'acide acétique.

En somme, il s'agit d'un petit kyste dermoïde de la *face palmaire* de la main.

La petite plaie opératoire fut suturée avec deux points de suture métallique. Pansement de Lister et bandage ouaté.

Guérison après trois pansements en quinze jours.

M. Delasiauve donne communication d'observations de kystes du cerveau. (Seront publiées.)

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire annuel, Dr Marchal.

VARIÉTÉS

L'alcoolisme en Europe.

L'abus des liqueurs alcooliques passe pour être fréquent dans les pays slaves. Telle n'est pas l'opinion de M. Roth qui veut justifier les Polonais de ce reproche et peut-être aussi d'un proverbe fort vulgaire. Dans une brochure récente et intitulée : *Empoisonnement chronique par l'esprit de vin,* le directeur de l'Asile des aliénés de Varsovie conduit le lecteur, pour l'en convaincre, à travers les statistiques de la consommation comparative de l'alcool dans les différents Etats de l'Europe.

En France, dit-il, la population passait naguère encore pour observer la tempérance: « Les habitants ne faisaient usage, suivant les localités, que de vin, de cidre ou de « bière, mais rarement d'eau-de-vie. » C'était le temps lointain où l'ivrognerie était rare et où le délire alcoolique était exceptionnel. Actuellement la consommation de l'alcool augmente surtout dans les départements du nord et du centre.

En Suisse, les alcooliques sont nombreux et représentent 15 p. 100 du nombre des aliénés. En Autriche-Hongrie, cette proportion est de 12 p. 100, mais la consommation de l'alcool augmente rapidement chaque année et par conséquent, avec elle, les ravages de l'alcoolisme.

En Angleterre, ce nombre est de 30 à 33 sur 100 aliénés, en Belgique et en Hollande de 13 et 14 p. 100, tandis qu'aux Etats-Unis il s'élève à 18 ou 20 p. 100. Il est vrai que cette statistique ne tient pas compte de l'alcoolisme chez les Indiens des tribus de l'Ouest où l'eau-de-vie est le moyen de conquête et le facteur de rapide destruction des races aborigènes.

Dans la vertueuse Allemagne, la consommation de l'alcool est plus considérable parmi les populations du nord et de l'est de la Prusse que parmi celles des contrées plus méridionales. En Prusse, elle s'élève à 15 litres d'eau-de-vie de grains ou de pommes de terre et à 97 litres de bière par habitant et par année. Le nombre des alcooliques y est de 27 à 28 sur 100 aliénés ; par contre, ce rapport descend à 7 p. 100 dans l'Allemagne du Sud.

L'impôt sur les spiritueux constitue le revenu principal des finances de l'empire russe. Il produit annuellement cinq cents millions de roubles. A cause de cette élévation des droits, une contrebande active et une fraude étendue s'exercent sur une grande échelle aux frontières russo-allemandes. Des distilleries nombreuses ont été construites par les Allemands qui exportent clandestinement leurs produits, envahissant ainsi l'empire voisin par l'alcoolisme.

L'étendue de ce dernier et les mœurs diverses des populations qui habitent ses provinces rendent difficile une exacte évaluation de la consommation individuelle de l'alcool. Ce chiffre approximatif serait, d'après M. Roth, de 14 litres dans les villes et de 12 litres dans les centres ruraux.

En Pologne, il serait moins élevé et chaque habitant consommerait annuellement 9 litres d'eau-de-vie à 80 degrés ; sans compter toutefois l'eau-de-vie à 40 degrés, qui, désignée sous le nom de *Smierdzinka,* est d'un usage populaire.

Cependant, d'après M. Roth, les asiles d'aliénés ne renfermeraient que 11 à 12 p. 100 d'alcooliques du sexe masculin et 8 à 10 p. 100 du sexe féminin. Le nombre des débits de boissons s'élève à un pour 460 habitants.

Ces chiffres montrent bien l'effrayante propagation de l'alcoolisme dans les divers pays de l'Europe. Puissent les gouvernements adopter une loi internationale dirigée contre ce fléau et contre les fraudeurs !

Ce serait, sans porter atteinte à l'équilibre de leurs budgets, créer officiellement la ligue contre l'alcoolisme, plus utile, plus urgente et plus humanitaire que celle des antivivisectionnistes. Il est vrai que le président de cette dernière, n'oubliant pas sans doute l'influence de l'alcool dans nos désordres publics, édile parisien, de plus autonomiste, cela s'entend, sollicite en attendant l'amnistie pour les chiens enragés de M. Pasteur, la grâce des dynamiteurs de Lyon et autres lieux ! Que n'emploie-t-il avec ses collègues un peu de leur activité à diminuer le nombre des débits de boissons. Ce serait, à coup sûr, dans Paris du moins et dans nombre de nos départements, résoudre la question sociale, dans laquelle l'alcool a joué et joue encore souvent un si grand rôle.

C. L. D.

Faculté de médecine de Paris.

THÈSES DE DOCTORAT DU 21 AU 26 JUILLET 1884.

Lundi 21. — M. Amiot : Du traitement du pédicule après l'hystérectomie par la voie abdominale. (Président : M. Guyon.) — M. Forget : De la guérison spontanée des abcès froids et des abcès par congestion. (Président : M. Guyon.) — M. Charlier : De la torsion des artères et de l'hémorrhagie secondaire. (Président : M. Guyon.) — M. Brou-Duclaud : Contribution à l'étude de la pyohémie. (Président M. Verneuil.) — M. Leclerc : Compression du nerf médian par un cal vicieux de l'extrémité inférieure du radius. (Président : M. Verneuil.) — M. Denise : Traitement du bec de-lièvre simple et compliqué. (Président : M. Trélat.) — M. Mondon : Températures locales et phthisie pulmonaire. (Président : M. Vulpian.) — M. Artus : Contribution à l'étude des œdèmes d'origine nerveuse. (Président : M. Damaschino.)

Mardi 22. — M. Gonzalez : Indications et contre-indications de l'ignipuncture du col de l'utérus. (Président : M. Brouardel.) — M. Caillet : De l'insuffisance aortique consécutive à l'athérome de l'aorte. (Président : M. Ball.)

Mercredi 23. — M. Bellan : Traitement du psoriasis. (Président : M. Fournier.) — M. Delay : Contribution à l'étude du mal perforant dans la période préataxique du tabes. (Président : M. Fournier.) — M. Emery-Desbrousses : De la rupture du tendon sus-rotulien. (Président : M. Duplay.)

Jeudi 24. — M. Ch. Bonnet : Essai sur l'histoire de la trachéotomie. (Président : M. Laboulbène.) — M. Muleur : Essai historique sur l'affection calculeuse du foie depuis Hippocrate jusqu'à Fourcroy et Pujol (1801-1802). (Président : M. Laboulbène.) — M. Montoya : De la dilatation de l'estomac consécutive à la fièvre typhoïde. (Président : M. G. Sée.) — M. Delespierre : Des néphrites sans albumine. (Président : M. Hardy.)

Vendredi 25. — M. Zwetitch : Sur le chancre syphilitique hypertrophique. (Président : M. Fournier.) — M. Portalier : Des troubles trophiques de la période préataxique du tabes spécifique. (Etude clinique.) (Président : M. Fournier.) — M. Giraud : Traitement du trichiasis et de l'extraction par le procédé de Hotz. (Président : M. Guyon.) — M. Basset : Gommes sous-cutanées. (Président : M. Fournier.) — M. Bruneau : Recherches sur les végétations polypiformes de l'estomac. (Président : M. Fournier.)

Samedi 26. — M. Gelle : Des fractures chez les syphilitiques. (Président : M. Peter.) — Mlle Ellaby : De l'amplitude de convergence. (Président : M. Panas.) — M. Labusquière : Des ruptures utérines dans le travail à terme. — Pathogénie et traitement. (Président : M. Pajot.) — M. Peyrat : De la grossesse et de l'accouchement chez les primipares jeunes. (Président : M. Pajot.)

COURRIER

Nécrologie. — Nous apprenons avec un vif regret la mort de notre excellent confrère François-Roger Rathery, médecin de l'hôpital Tenon, décédé à l'âge de 41 ans, à la suite d'une longue et douloureuse maladie.

Légion d'honneur. — Par décrets en date des 7 et 8 juillet, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : M. Gestin, directeur du service de santé de la marine à Toulon.

Au grade d'officier : MM. Servier, médecin principal de première classe à l'École du Val-de-Grâce ; Josué Sainte-Rose, médecin-major de première classe au 92e d'infanterie ; Pellerin, médecin-major de première classe à Verdun ; Blin, médecin-major de première classe à l'hôpital mixte de Besançon ; Champenois, médecin-major de première classe au 27e d'artillerie ; Schmitt, pharmacien principal de première classe ; Chastang, médecin en chef de la marine, chef du service de santé en Cochinchine ; Héraud, pharmacien en chef de la marine.

Au grade de chevalier : MM. les médecins-majors de première classe : Bar, du 69e d'infanterie ; Sorel, de l'hôpital militaire Saint-Martin ; Accolas, du 124e d'infanterie ; Schindler, du parc de construction à Versailles ; Eichinger, des hôpitaux de la division de Constantine ; Annequin, des hôpitaux de la division d'Oran ; Alphant, du 4e régiment du génie ; Vieusse, de l'hôpital militaire de Perpignan ; Richard, agrégé à l'École du Val-de-Grâce ; Ringeisen, de l'hôpital militaire de Bayonne ; Desmonceaux, de l'hôpital militaire de Bourges ; Viry, de l'École spéciale militaire.

MM. les médecins-majors de deuxième classe : Carette, du 2e chasseurs d'Afrique; Kopff, du bataillon de gendarmerie mobile.

M. le pharmacien-major de première classe Ameler.

MM. Treille, médecin-professseur de la marine ; Dollieule, Cauvin, Siciliano, médecins de deuxième classe de la marine ; Campana, pharmacien de première classe de la marine ; Gros-Désormeaux, médecin civil à la Martinique.

Société de médecine de Paris. — Séance du 26 juillet 1884. — *Ordre du jour :* 1. M. de Beauvais, au nom de M. Duboué, de Pau : Note sur la physiologie pathologique du choléra et le traitement préventif et curatif qui en découle. — 2. M. Dubrisay : Rapport sur le traitement de la teigne par l'huile de croton. — 3. M. Thorens : Rapport sur la candidature de M. Mazaé Azéma, de la Réunion, au titre de membre correspondant.

Chemins de fer de l'ouest. — *Courses de chevaux.* — *Train de plaisir de Paris à Cherbourg.* — Aller : Départ de Paris (Saint-Lazare), samedi 26 juillet 1884, à 8 h. 55 soir. Retour : Départ de Cherbourg, lundi 28 juillet 1884, à 8 h. 40 soir. On délivre des billets, à dater du mercredi 23 juillet aux gares Saint-Lazare et Montparnasse, aux bureaux de ville de la compagnie. Egalement boulevard Saint-Denis, 20, chez MM. Cook et Cie, 9, rue Scribe, et au grand Hôtel. — Prix, aller et retour : 2e classe, 18 fr. ; 3e classe, 13 fr.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

Considérations cliniques sur la paralysie agitante,

Par le docteur G. Rummo, professeur à l'Université de Naples (1).

Dans ce travail fort intéressant, l'auteur se propose de mettre en évidence certains symptômes considérés comme purement accessoires et négligés ou à peine signalés dans la description de cette maladie, tandis qu'en réalité, ils sont étroitement liés à cette affection et suffisent même à la représenter quand les phénomènes classiques font défaut.

Sur les cinq observations citées par l'auteur, les trois premières se rapprochent assez du type classique pour que nous croyions devoir les éliminer. Il n'en est pas de même des deux autres que voici :

I. — Baronne S..., 60 ans, observée à la clinique particulière du professeur Semmola. Veuve avec des fils vivants et en bonne santé. Le père est mort de la maladie de Parkinson. Elle a eu des chagrins nombreux; aucune maladie importante avant celle-ci. Il y a deux ans, émotions morales vives, dont la malade fut touchée au point de perdre rapidement sa gaieté et de devenir mélancolique. En même temps survinrent des douleurs vives dans les articulations, principalement dans les membres inférieurs; puis une certaine inertie du membre inférieur droit. Ce phénomène était plus marqué dans les articulations des pieds, et produisait une difficulté dans l'extension et la flexion. La malade a noté cependant qu'elle pouvait, après avoir vaincu la résistance qui se manifestait dans l'exécution des premiers mouvements, faire des efforts énergiques avec le membre inférieur droit de manière à pouvoir se soutenir, mais pour peu de temps, sur ce membre.

Elle consulta le professeur Cantani, qui lui conseilla les bains chauds. A la suite de ces bains, on vit se produire la propagation du phénomène d'inertie au membre supérieur droit, puis au gauche.

Arrivée à ce degré, la malade éprouvait une grande difficulté dans l'exécution de tous

(1) Traduit et analysé de la *Medicina contemporanea* de Naples. Mai 1884.

FEUILLETON

Une visite à Robenhausen.

Une science nouvelle est née depuis quelques années seulement, c'est la *paléoethnologie*, étude des temps préhistoriques.

Les découvertes faites jusqu'ici peuvent se résumer comme il suit :

1° Pendant l'époque tertiaire existait un être assez intelligent pour faire du feu et pour se fabriquer des instruments en pierre.

2° Cet être n'était pas encore l'homme. C'était un précurseur, une forme ancestrale nommée *anthropopithèque*.

3° L'homme véritable est apparu, en Europe, avec le commencement du quaternaire. Il y a au moins 230 à 240,000 ans.

4° Le premier type humain a été le type de Néanderthal. Ce type, essentiellement autochtone, s'est lentement modifié et développé pendant le quaternaire pour aboutir au type de Cro-Magnon.

5° Son industrie, très-rudimentaire dans le début, s'est progressivement développée d'une manière régulière, sans secousses, ce qui prouve que le mouvement progressif s'est opéré sur place, sans intervention de propagande et d'invasion étrangère. C'est donc bien une industrie autochtone.

6° Le développement régulier de cette industrie a permis de diviser les temps quaternaires en quatre époques : la première, le *Chelléen*, antérieure à la période glaciaire ; la

les mouvements, principalement lorsqu'elle voulait se lever de son lit ou de sa chaise. Pour marcher, elle avait beaucoup de peine à faire les premiers pas; mais, une fois la résistance vaincue, la marche devenait rapide, et souvent la malade était poussée d'une manière irrésistible à se porter en avant.

Au bout d'un an apparut un tremblement dans le bras droit, et surtout dans la main, tremblement qui, depuis, a passé à l'autre bras.

Etat actuel. — Examen fait le 3 mai 1884. Tremblement caractéristique dans les deux membres supérieurs, et principalement dans la main droite, se manifestant dans le repos comme dans les mouvements volontaires, mais plus intense lorsque le bras est maintenu dans la position horizontale. Il cesse complètement durant un effort énergique. Ses pouces sont appliqués contre les index et étendus. Les autres doigts sont accolés et déviés vers le bord cubital. Légères déformations des articulations qui unissent la première et la seconde phalange. Ecriture irrégulière et sinueuse. La tête est inclinée en avant, et ses mouvements sont très difficiles. Rigidité et lenteur dans tous les mouvements. Propulsion et rétropulsion. Pas de trépidation des membres ni d'exagération des réflexes tendineux. Intelligence et mémoire intactes; absence de vertiges et des autres troubles fonctionnels du cerveau. Pouls petit, lent et faible.

II. — M. C. H... (de Naples), 57 ans, vint me consulter sur sa maladie, qui avait été jugée très grave par divers médecins. Il était attristé par cette conviction que, d'un moment à l'autre, il pouvait succomber à une hémorrhagie cérébrale. Il disait avoir toujours été sain et vigoureux. Sa mère, depuis l'âge de 45 ans, souffre de convulsions nettement hystériques. Une de ses sœurs est affectée d'*hysteria minor*. Oncle paternel épileptique.

Ses souffrances ont commencé il y a trois ans. Le soir du 6 février 1881, en rentrant chez lui, il fut attaqué par deux individus qui le dévalisèrent. Il passa une nuit très agitée, en proie à un léger délire. A la suite survint un engourdissement et une débilité du membre supérieur droit, qui l'empêchaient d'exécuter des mouvements délicats.

Dans les jours suivants, l'inertie du bras augmenta. Il survint des douleurs lancinantes qui s'étendaient le long du bras droit et dans l'épaule gauche. Les douleurs disparurent complètement au bout de deux mois, mais non le désordre moteur du membre supérieur droit, qui insensiblement se propagea au pied droit. C'est plutôt par suite de la persistance du symptôme que de son intensité, que divers médecins l'ont attribué à une lésion cérébrale.

Mais le phénomène augmentait et tendait à envahir la moitié gauche du corps. Au bout d'un certain temps, un an environ, de gai et jovial qu'il était, il devint triste et songeur. Toute la symptomatologie de sa maladie se bornait à une diminution d'agilité dans l'exécution des mouvements, principalement dans la moitié droite du corps. Le

---

seconde, le *Moustérien*, contemporaine de cette période ; la troisième et la quatrième le *Solutréen* et le *Magdalénien*. postérieures.

7° L'homme quaternaire essentiellement pêcheur et surtout chasseur, ne connaissait ni l'agriculture ni même la domestication des animaux.

8° Il vivait en paix, complètement dépourvu d'idées religieuses.

9° Vers la fin du quaternaire, aux époques solutréenne et magdalénienne, il est devenu artiste.

10° Avec les temps actuels sont arrivées des invasions, venant d'Orient, qui ont profondément modifié la population de l'Europe occidentale. Elles y ont amené des éléments ethniques *brachycéphales*. A la simplicité et à la pureté de la race autochtone dolichocéphale ont succédé des mélanges et des croisements nombreux.

11° L'industrie s'est trouvée profondément modifiée. La religiosité, la domestication des animaux et l'agriculture ont fait leur apparition dans l'Europe occidentale.

12° Cette première invasion, qui a eu lieu à l'époque *Robenhausienne*, est partie de la région occupée par l'Asie mineure, l'Arménie et le Caucase.

13° Les peuplades asiatiques qui ont envahi l'Europe à l'époque Robenhausienne étaient de race caucasique, de la grande famille des Aryas, à laquelle appartiennent les Celtes, les Pélasges et les Kimris.

14° L'époque *Robenhausienne* ou époque *Néolithique* a été caractérisée par un climat tempéré, par la disparition du mammouth et des grands félins, par l'apparition des animaux domestiques, par le développement de l'agriculture, par l'usage des instruments en pierre polie, par l'emploi de la poterie et par une civilisation où dominent les grands monuments religieux et les tombeaux en pierre, dolmens, menhirs, cromlechs.

malade affirme qu'il n'était pas réellement affaibli, car il était en état de faire des efforts énergiques comme par le passé.

Mais il trouvait un obstacle à l'exercice de sa force musculaire dans la difficulté qu'il éprouvait à mouvoir ses articulations. Avec le temps, ce phénomène s'aggrava, et le malade fut de plus en plus gêné dans la marche et dans tous les mouvements..... Il disait lui-même que, une fois cette première résistance vaincue, il lui arrivait, malgré lui, d'accélérer le pas et de courir comme s'il était poussé par une force secrète.

A ces symptômes s'en ajoutèrent d'autres de moindre importance. Durant les plus froides nuits d'hiver, il ne pouvait supporter aucune couverture, par suite d'une chaleur suivie de sueur et d'agitation, qui ne lui laissait pas de repos et l'obligeait à se démener dans le lit, à changer constamment de position, à se lever à diverses reprises.

Etat actuel. — Examen fait le 10 janvier 1884. Absence complète de tremblement dans l'état de calme et durant un accès de colère. Il s'écoule un certain temps entre la pensée et l'acte, entre la volonté et son exécution. Tous les mouvements s'exécutent avec lenteur et avec une fatigue extrême. Cette difficulté et cette rigidité des articulations existent soit dans les mouvements spontanés, soit dans les mouvements provoqués. Pour fléchir et pour étendre surtout le membre supérieur droit, le malade éprouve une résistance et une rigidité singulières. Outre le phénomène de propulsion déjà signalé, on observe aussi de la rétropulsion. Les bras sont légèrement écartés du tronc, les avant-bras un peu fléchis sur les bras ; le pouce et l'index, surtout à la main droite, sont étendus et rapprochés l'un de l'autre. Les autres doigts sont serrés, légèrement fléchis et déviés en dehors. Aucune déformation appréciable dans les articulations des mains. Ecriture peu altérée. La tête et le tronc sont légèrement inclinés, les rides du front très marquées, le regard fixe, immobile, la physionomie expressive, un certain degré de stupeur et de tristesse. Chaque mot semble coûter un effort.

Les facultés intellectuelles et la mémoire sont pour ainsi dire intactes ; il ne se plaint ni de vertiges, ni de phénomènes cérébraux quelconques.

M. G. Rummo accompagne ces observations des remarques suivantes : un fait frappant et qui se répète dans ces cinq cas de maladie de Parkinson, c'est l'influence étiologique au sujet de laquelle nous pouvons faire deux réflexions. La première, c'est que la maladie est apparue sous l'influence d'une cause morale puissante, comme des émotions vives, des chagrins inattendus, etc. Cette influence causale est le fait le plus connu dans l'étiologie de la maladie de Parkinson. On a noté que les grandes révolutions, les changements rapides et inattendus dans la position sociale, les discussions de famille, les grandes perturbations morales, les vols, les incendies, les sièges, sont les facteurs principaux de la maladie. Il faut reléguer au second plan le froid humide, le traumatisme et l'irritation des nerfs périphériques.

M. G. de Mortillet a donné le nom de *Robenhausienne* à l'époque de la pierre polie, parce que c'est dans la station de Robenhausen qu'on a trouvé le plus grand nombre d'objets en pierre polie.

Le 29 juin de cette année, je partais de Zurich pour aller visiter cette localité. Le chemin de fer me transporta d'abord à Wetzykon, grand village du canton de Zurich, à quelques lieues au nord de cette ville. Il est situé dans un grand cirque dont le fond est occupé par le lac de Pfoeffykon et entouré d'une ceinture de collines boisées, derrière lesquelles s'élève la chaîne des Alpes, du Sentis à l'Oberland. Cette chaîne toute blanche fait ressortir la verdure de la plaine. C'est un tableau grandiose et ravissant tout à la fois.

C'est dans ce beau pays et au bord du lac bleu de Pfoeffykon que s'était établie, il y a plus de 10,000 ans, une peuplade aryenne. Robenhausen est un petit hameau bâti sur une tourbière, qui depuis des siècles a lentement recouvert de sa végétation aquatique le village lacustre. C'est un paysan de l'endroit, Jacques Messikommer qui a découvert cette station en exécutant des travaux d'exploitation de la tourbe. Il y avait là, accumulés ensemble, non seulement des instruments en pierre et en os, ainsi que des débris de poterie et même des vases entiers, mais encore des amas d'ossements, faisant connaître la faune sauvage et domestique, associés à des graines et des étoffes carbonisées même des morceaux de pain et des fruits trouvés dans des vases. Il y avait aussi de nombreux objets en bois, le tout très-bien conservé, grâce à l'action protectrice de la tourbe.

En arrivant à Wetzykon, je me rendis tout de suite chez Jacques Messikommer, que je trouvai dans sa jolie maison. C'est un brave paysan de 55 ans, vert et vif, d'une remar-

La seconde réflexion, bien digne d'être notée, est relative à l'hérédité. L'hérédité morbide (homœomorphe ou hétéromorphe) de la maladie de Parkinson doit constituer un fait étiologique de la plus haute importance.

Chez trois de nos malades, elle avait frappé les parents ou les collatéraux ; dans les deux autres cas nous avons noté que les parents proches ou éloignés avaient été atteints d'asthme ou d'hystérie.

Il est impossible de mettre en doute que, chez tous les malades observés, il y a entre la cause déterminante (émotions vives) et l'apparition des premiers signes de la maladie, une relation de cause à effet. Mais je crois que les impressions morales même les plus intenses, ne peuvent représenter la cause primitive. J'ai la conviction que, dans presque toute la pathologie du système nerveux, cet ordre de causes ne représente qu'un prétexte, pour ainsi dire, une condition favorable pour mettre en action un processus qui s'était lentement préparé.

En lisant l'histoire de nos deux premiers malades, on y trouve la syphilis, et celle-ci a déterminé, à une époque assez éloignée des premiers symptômes, des accidents cérébraux graves qui sont, sans aucun doute, en rapport avec l'affection vénérienne. Quelle influence a eu la syphilis sur le développement de la maladie de Parkinson ? Les auteurs qui se sont occupés de cette question ne disent mot de la syphilis, et je ne crois pas que dans les deux cas cités elle ait été l'agent principal de la maladie comme il arrive dans le tabes dorsal ; mais j'incline à croire que les lésions cérébrales de nature syphilitique, surtout au voisinage du pont de varole, ont contribué de quelque manière à la faire éclater.

En lisant la cinquième observation, on voit que le cadre symptomatique est incomplet, puisqu'il y manque le tremblement, symptôme fondamental de la maladie de Parkinson.

En outre, on peut relever certaines différences dans l'ordre chronologique des manifestations. Dans les trois premiers cas, le tremblement non seulement a représenté la note dominante, mais il a précédé tous les autres symptômes. Dans le quatrième, au contraire, la lenteur et l'inertie des mouvements se sont montrées d'abord et ont constitué le symptôme principal pendant le long espace d'une année.

Cet examen est déjà suffisant pour faire admettre une division tranchée dans les formes cliniques de la maladie de Parkinson. Il faut séparer des formes complètes et classiques, un certain nombre de cas dans lesquels le type de la maladie est incomplet, rudimentaire par l'absence d'un des signes principaux, tels que le tremblement, ou ne présente pas les symptômes dans leur ordre naturel et constant. Toutefois, il faut reconnaître que la forme typique est la plus commune.

Les cas qui s'éloignent le plus du type ordinaire sont privés du symptôme saillant de la maladie, qui est le tremblement. Puis viennent ceux qui présentent un début ano-

---

quable intelligence. C'est l'ancien chef ouvrier de Ferdinand Keller. C'est cet illustre savant zurichois qui a dressé Jacques Messikommer à exploiter les stations lacustres.

L'hiver de 1853-1854 fut exceptionnellement froid et sec, de sorte que le niveau des lacs de la Suisse baissa beaucoup. C'est alors que Ferdinand Keller découvrit la station lacustre de Meilen. Dès lors il constata avec d'autres archéologues que les lacs suisses contenaient tous des traces, très nettes, d'anciennes constructions sur pilotis qu'ils nommèrent *habitations lacustres*. Aujourd'hui on a adopté le mot *palafittes*, du mot italien *palafitti*, pilotis.

La *région des palafittes* se développe tout autour des Alpes : Savoie, département du Jura, Suisse, Wurtemberg, Bavière, Autriche, nord de l'Italie.

Pour moi, j'ai la conviction que toute la région des palafittes était occupée par des tribus d'Aryas et qu'elles communiquaient toutes ensemble, faisaient entre elles des échanges et probablement obéissaient à un grand chef.

Les études faites sur les os des squelettes d'habitants lacustres ont fait reconnaître des fractures et d'autres lésions osseuses affectant surtout la tête. On a reconnu aussi que la syphilis existait déjà à cette époque reculée ; il y a loin de là à l'importation de la syphilis par les compagnons de Cortès. L'arthrite était très commune. Enfin les lacustres pratiquaient la *trépanation* au moyen d'instruments en pierre.

Le brave Jacques Messikommer m'a fait visiter toute sa maison qui est un véritable musée préhistorique. Outre les haches, couteaux, scies, poinçons, grattoirs, pointes de flèches, etc., il y a une curieuse collection de vases dans lesquels il a trouvé des graines de céréales et des morceaux de tissus, de cordes et de pain. Il m'a conduit sur l'emplacement de la station lacustre qui occupe un espace d'un hectare. Jacques estime, d'après

mal et qui se complètent au bout d'un espace de temps plus ou moins long. Ainsi, le tremblement peut faire défaut, puis apparaître après les autres phénomènes; et, pendant qu'il se fait attendre, la rigidité musculaire et la lenteur des mouvements tiennent sa place (obs. IV). D'autres fois, la maladie est complète pendant un laps de temps, puis le tremblement disparaît plus ou moins, tandis que les autres symptômes persistent.

Quand le tremblement est si peu prononcé qu'il échappe au médecin dans un examen superficiel, ordinairement il est limité aux doigts, et ne s'exagère que par moments dans les accès de colère. Chez ces malades, le symptôme qui par son importance se substitue au tremblement, est la rigidité musculaire et la lenteur des mouvements, symptômes qui se présentent dès le début, précédés ou non de douleurs rhumatoïdes circonscrites ou diffuses.

Il ne manque à ces formes ni l'attitude de statue avec la tête inclinée, ni les mains disposées en cône et semblables à celles de l'homme qui prend la plume, ni l'expression de la physionomie hébétée et triste, ni le regard fixe et pénétrant, ni la lenteur de la parole, ni la propulsion et la rétropulsion, l'insomnie et la sensation de chaleur même par les froides nuits d'hiver.

Avant de terminer, je dois faire remarquer que chez les sujets des deux premières observations se sont manifestés des vertiges graves, de l'amnésie verbale, de la débilité intellectuelle, dans une période peu avancée de la maladie. Cela constitue un complexus symptomatique nouveau dans l'histoire de la paralysie agitante, et donne à penser que dans certains cas il peut exister primitivement de sérieuses lésions de l'écorce cérébrale et d'autres parties de l'encéphale.

Un fait nouveau encore, c'est l'existence d'un prurit insupportable à la face et à la tête, qui s'est manifesté chez le sujet de notre seconde observation, et qui fait penser à une modification spéciale des nerfs sensitifs de la peau. En outre, il faut mentionner la lenteur et la petitesse du pouls, qui sont en harmonie avec la note dominante de la maladie.

H. S.

Le choléra à la Chambre des députés.

Le choléra parlementaire est entré dans sa période de décroissance. Il s'est probablement éteint avec la proposition de M. Paul Bert.

L'échec de cette dernière n'était pas douteux, on le sait, après les délibérations de la commission. En bon opportuniste, son auteur l'a donc retirée. C'était prudence et c'eût été sagesse de s'en tenir là.

---

les pilotis, que la station se composait de 40 maisons. En admettant 5 personnes par maison cela ferait 200 habitants en tout pour le village lacustre, dont la durée a dû être de 500 ans.

Chaque maison était placée sur un plancher soutenu lui-même par un nombre considérable de pilotis. Ces pilotis n'étaient pas des troncs d'arbres considérables, mais de jeunes arbres dont le diamètre ne dépassait pas 10 centimètres au maximum.

Les lacs suisses comptent 161 cités lacustres.

Près de sa maison, M. Messikommer m'a fait voir l'emplacement où il a découvert un tombeau en dalles renfermant le squelette d'un chef lacustre, avec ses anneaux en bronze, ses haches de pierre et les os d'un cochon.

La dernière découverte faite par Jacques Messikommer à Robenhausen est celle de nombreux objets en cuivre natif, ce qui prouve l'existence d'un âge du cuivre. Il faut donc admettre la classification suivante : 1° âge de la pierre ; 2° âge du cuivre ; 3° âge du bronze ; 4° âge du fer ; 5° âge actuel ou âge de l'acier.

Après mon exploration, nous sommes allés dîner au *Schweizerhof*. C'est une de ces charmantes petites auberges suisses du bon vieux temps, simples mais d'une propreté excessive. On n'y voit pas, heureusement, ces sommeliers en habit noir, gilet et gants blancs avec leurs inmmenses favoris en côtelettes, qui peuplent aujourd'hui les hôtels suisses de premier ordre où l'on vous écorche vifs. Chères petites auberges suisses, où l'on était si bien avec vos petites fenêtres et vos escaliers extérieurs pourvus de galeries, qu'êtes-vous devenues ?

Dr Muston.

M. P. Bert ne l'a pas voulu et, hier, interpellait l'administration, la médecine et le choléra dans la personne habituellement très paisible de M. le ministre Hérisson.

Ce débat n'intéressait la Chambre que médiocrement. D'ailleurs les arguments de M. Bert ne sont pas nouveaux. Les uns résultent des statistiques épidémiques de ces dernières années et montrent l'atténuation successive du choléra depuis la première invasion en 1832. Ce sont des arguments de consolation à l'adresse des craintifs, des affolés et des pays contaminés.

Les autres, d'ordre banal, consistent à reprocher à l'administration sa traditionnelle négligence. Il eût été plus radical, plus efficace et plus anticholérique de la part de M. Bert d'user de son influence et de son éloquence pour faire casser aux gages les fonctionnaires apathiques, indolents ou apeurés.

Mais M. Hérisson ne l'admettrait pas. Il s'agit de son administration. Il se pelotonne, se défend, se hérisse, déclare posséder une réglementation sanitaire très suffisante pour combattre l'épidémie. Tout est donc pour le mieux au ministère du commerce. Toulonnais et Marseillais, dormez et cholérisez-vous en paix!

Nous ne suivrons pas plus loin, avec MM. Bourgeois et Raspail, l'enterrement de l'interpellation de M. Bert. Le dernier mot de ce débat appartient à M. Clémenceau, montant à la tribune pour déclarer ironiquement que « les mesures proposées par M. Bert « sont applicables seulement au début de l'épidémie, alors que les premiers cas se pro- « duisent. Il faut pouvoir détruire à ce moment le malade, ses vêtements, son médecin « et sa maison ».

Le député de Montmartre n'a pas tort. Autant rétablir le bûcher à l'usage des cholériques et de ceux qui les touchent ou les approchent. On comprend que la Chambre s'en soit tenue à voter l'ordre du jour.

Et maintenant que reste-t-il du projet et de l'interpellation cholérifuges? Un coup de pistolet en l'air, me direz-vous, peut-être. Allons donc! un coup de canardière!

C. L. D.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1884.

La mortalité cholérique à *Marseille* s'est atténuée depuis deux jours, mais il est à craindre que cette amélioration soit seulement passagère. Du 21 au 22, elle était de 57 décès : du 22 au 23 de 40 décès, dont 2 au Pharo, et du 23 au 24, jusqu'à six heures du soir, de 32 décès.

A *Toulon*, le nombre des décès reste élevé. Du 21 au 22, il s'élevait à 42 dont 3 militaires, et il existait 136 cholériques en traitement à l'hôpital Saint-Mandrier; du 22 au 23 à 39, et à cette date l'effectif des cholériques militaires et marins était de 122 dont 113 convalescents. Enfin, du 23 au 24, mais le résultat est incomplet, on signale 10 décès seulement.

En comparant la morbidité et la mortalité militaires avec celles de la population civile, on reconnaît sans peine que l'atténuation des premiers est manifeste. C'est aux mesures sanitaires militairement prises et scrupuleusement exécutées qu'il faut attribuer ces résultats.

Dans les environs de Toulon, on signale toujours des décès : à Carnoules (1 décès), à Saint-Nazaire-du-Var (1 décès), à la Valette (3 décès). Enfin on a enregistré des décès de fugitifs venant des villes contaminées, à Valence (1 décès), Brignolles (1 décès), Vins (2 décès), Signes (2 décès).

A *Arles*, où la panique est extrême, le nombre des décès était de 8 du 21 au 22, de 9 du 22 au 23. A cette date, 11 cholériques, dont trois sœurs gardes-malades, sont en traitement à l'hôpital.

Enfin à *Narbonne*, on annonce deux cas de choléra dont la nature est encore douteuse.

MM. Straus et Roux sont de retour à Paris avec des documents anatomo-pathologiques nombreux. Seront-ils décisifs ? On pourrait en douter, d'après l'attitude si réservée des savants français. Il faut cependant noter que la discussion de ces recherches et les opérations de laboratoire conséquentes, demandent beaucoup de temps. Nos très savants confrères ont l'intention de faire connaître leurs conclusions dans un mémoire à l'Académie de médecine. Ce mémoire aura donc une importance majeure dans l'histoire clinique et épidémiologique du choléra. — C. L. D.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SECTION DE MÉDECINE DE LA SOCIÉTÉ ACADÉMIQUE DE NANTES PENDANT LE PREMIER TRIMESTRE DE 1884.

La séance du 4 janvier, la première de l'année, a été en partie occupée par M. LAENNEC, qui démontrait, par un exemple nouveau, l'importance de l'expérimentation physiologique en médecine légale, dans un *cas d'empoisonnement par la strychnine*. En présence des résultats douteux de l'expertise chimique, la présomption fut justifiée par les phénomènes d'intoxication strychnique produits par l'injection sous la peau de grenouilles du liquide suspect.

Une autre discussion de médecine légale était encore provoquée le 8 février par cet habile médecin légiste. « *Peut-on dire qu'un enfant a vécu bien qu'il n'ait pas respiré?* » Telle était la formule sous laquelle la question était portée à l'ordre du jour. Pour M. Laennec, les signes sont insuffisants même alors que les épreuves docimasiques sont péremptoires; telle est la déglutition de l'air dans l'estomac, signe indiqué par M. Houzé de l'Aulnoit, la présence de taches ecchymotiques et celle de bulles d'air dans le mucus de l'oreille, phénomène de plus haute importance.

M. HERVOUET (7 mars), dans une *note sur la respiration des nouveau-nés* (1), examine l'atélectasie pulmonaire au point de vue biologique et au point de vue médico-légal. Or, il existe des exemples d'enfants ayant crié sans que les vésicules pulmonaires continssent la moindre bulle d'air aux essais docimasiques, de sorte que pour juger de la vie de l'enfant, il faut, comme le voulaient Tardieu, M. Devergie et M. Caussé, attacher une plus grande importance aux signes tirés de la circulation.

Dans la même séance, M. DIANOUX donnait lecture de deux intéressants mémoires : l'un, intitulé : *De l'iodoforme dans le traitement de l'herpès de la cornée*, est motivé par quarante observations dans lesquelles il fait usage de la projection sur la membrane malade de l'iodoforme pulvérisé. L'autre a pour objet l'*anesthésie du nerf optique*.

Cette monographie complète, mérite lecture, car elle a été écrite dans un esprit essentiellement clinique. Pour l'auteur, l'anesthésie du nerf optique n'est que le degré atténué du processus morbide dont l'atrophie par névrite est l'aboutissant. C'est donc au premier degré un trouble circulatoire avec exsudation plastique dans les gaines, avec modification importante de la myéline. Au deuxième degré, la circulation est entravée; les capillaires sont « étouffés » et la papille se décolore.

A la troisième période, l'exsudat devenant plus abondant, il se produit de l'œdème papillaire et l'organisation du tissu néo-formé. Ici donc, ces névrites sont interstitielles et diffèrent des névrites parenchymateuses de l'ataxie. On comprend, après cela, que si la terminaison est souvent favorable, le pronostic ne doit pas moins être réservé. Le traitement d'ailleurs (toniques, huile de foie de morue, hydrothérapie, strychnine en injections sous-cutanées, galvanisation) est une pierre de touche. Enfin, pronostic dont on aura à tenir compte désormais, d'après sa pratique personnelle, M. Dianoux augure mieux des cas anciens avec cécité absolue d'emblée, que de ceux où la cécité est progressive, et par conséquent l'atrophie menaçante. — C. E.

(1) *Journal de médecine de l'Ouest*, 1884, p. 30.

THÉRAPEUTIQUE

Des eaux potables en temps d'épidémie.

Les médecins et les hygiénistes sont tous d'accord pour reconnaître l'influence énorme que joue l'eau en boisson dans la production du choléra.

Dans son instruction sur l'hygiène à suivre en temps d'épidémie, que vient de rédiger le Comité consultatif d'hygiène sur le rapport de M. Proust, il est dit en propres termes : « L'usage d'une eau de mauvaise qualité est une des causes les plus communes du choléra. L'eau de puits, de rivières, des petits cours d'eau, est souvent souillée par les infiltrations du sol, des latrines, des égouts, par les résidus des fabriques. Quand on n'est pas sûr de la bonne qualité de l'eau servant aux boissons ou à la cuisine, il est prudent d'en faire bouillir chaque jour plusieurs litres pour la consommation du lende-

main, l'ébullition donnant une sécurité..... *Les eaux minérales naturelles dites* « Eaux de table » rendent, dans ces cas, de grands services. »

Le médecin allemand Koch, en quittant Toulon où il est venu observer le choléra, qu'il a déjà étudié dans l'Inde et en Egypte, a écrit dans le mémoire qu'il a remis à la municipalité toulonnaise : « On évitera l'emploi d'une eau douteuse et de celle qui provient, soit d'un puits de petite profondeur, soit d'un marais, soit d'un étang ou d'un ruisseau recevant des eaux viciées. »

De son côté, le professeur agrégé Lereboullet, dans une instruction populaire qu'il vient de publier dans le numéro du 10 juillet de la *Gazette hebdomadaire*, consacre un alinéa spécial aux eaux et dit : « Ne faire usage que d'une eau parfaitement pure ; *préférer les eaux minérales naturelles*, et *non falsifiées*, aux eaux de puits ou de sources dont on n'est jamais sûr, si l'on n'a pas le soin préalable de les faire bouillir. »

Mais nous savons tous combien les eaux bouillies sont peu agréables à boire et nous savons aussi combien le professeur Bouchardat est dans le vrai lorsque, dans son magistral *Traité d'hygiène*, il dit que « les eaux simplement filtrées sont encore bien impures et que la filtration est impuissante pour en séparer les ferments. »

Certaines personnes font des *eaux artificielles* un usage qui n'est pas sans danger, ainsi que le fait si judicieusement remarquer aussi le même professeur, car, étant souvent fabriquées avec de l'eau de puits ou de rivière, la plupart du temps non filtrée, elles offrent par conséquent tous les inconvénients justement reprochés à ces eaux.

De ce qui précède, il ressort nettement que, pour la cuisine, il faut faire usage d'eau filtrée et bouillie, mais que l'hygiène la plus élémentaire conseille de s'abstenir de cette eau en boisson, et que *les meilleures eaux que l'on puisse boire sont les eaux minérales naturelles, dites* « Eaux de table ». Parmi celles-ci, la première qui se présente à l'esprit est naturellement l'*Eau de Saint-Galmier* (*source Badoit*) dont tous les médecins font un usage personnel journalier. L'éloge de la *source Badoit* n'est plus à faire. D'un goût très agréable et très frais, cette eau absolument pure et limpide, légèrement alcaline, bicarbonatée, très riche en acide carbonique qui s'y trouve naturellement à l'état de dissolution aqueuse, est franchement apéritive, réveille les estomacs et les intestins paresseux, active leurs sécrétions, régularise leurs fonctions en même temps qu'elle accroît leurs contractions péristaltiques ; ce qui la rend indispensable à toutes les personnes atteintes de gastralgie, de dyspepsie, dont les digestions sont lentes, pénibles, irrégulières, et qui sont sujettes à la constipation.

Dr Thibault.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 21 juillet 1884. — Présidence de M. Rolland.

M. le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts adresse l'ampliation du décret par lequel le Président de la République approuve l'élection, faite par l'Académie, de M. L. Troost, pour remplir la place laissée vacante dans la section de chimie par le décès de M. Wurtz.

Il est donné lecture de ce décret.

Sur l'invitation de M. le Président, M. Troost prend place parmi ses confrères.

M. Vulpian présente une note de MM. Couty, Guimaraës et Niobey, intitulée : *De l'action du café sur la composition du sang et les échanges nutritifs.*

« L'un de nous, M. Guimaraës, a fait voir dans deux communications précédentes que l'adjonction de doses moyennes de café à l'alimentation d'un chien avait pour conséquence d'augmenter d'une façon suivie la quantité de viande ingérée et absorbée chaque jour. De nouvelles expériences ayant prouvé à M. Guimaraës que cette augmentation de consommation, facile à constater avec un régime exclusif de viande ou avec un régime mixte, ne se produisait pas avec des régimes végétaux ou mixtes peu riches en azote, nous avons cherché pourquoi le café augmente les processus d'assimilation d'origine azotée, tandis qu'il laisse intacts ou diminue les échanges hydrocarbonés.

« Afin de résoudre cette question, laissant de côté l'urine, dont l'examen a fourni à d'autres expérimentateurs des résultats contradictoires, nous avons répété pour le café les analyses du sang faites par MM. Couty et d'Arsonval à propos du maté (*Comptes rendus*, juin 1882). Plusieurs chiens ont été comparés avant et après l'ingestion du café,

dans des conditions diverses, à jeun ou en digestion, nourris de viande, ou nourris de viande et de fécules. Le café a été introduit directement dans le sang ou indirectement dans l'estomac : la dose a été unique, massive, 60 gr. à 100 gr., ou faible, 40 gr. à 50 gr., et répétée, répétée le même jour, ou plus souvent répétée durant six à dix jours, l'injection étant alors toujours stomacale.

« L'analyse a toujours porté sur les trois principes dont la recherche est plus précise et la valeur physiologique mieux connue : les gaz, l'urée, le sucre; elle a été faite par les procédés ordinaires, pompe Gréhant, potasse, acide pyrogallique pour les gaz; ébullition avec sulfate de soude, décoloration, liqueur titrée de Fehling pour le sucre, hypobromite de soude récemment préparé pour l'urée. Quelles qu'aient été les conditions de l'expérience, que le sang comparé fût artériel ou veineux, elle a toujours donné les mêmes résultats. L'urée et le sucre ont été augmentés, les gaz du sang diminués.

« La diminution des gaz du sang, analogue à celle que l'on observe pour le maté, porte sur l'oxygène et surtout sur l'acide carbonique. Cette diminution est considérable dans les cas où l'usage du café est prolongé six ou huit jours : alors nous avons vu les gaz veineux, par exemple, tomber de 62 à 48 ou même 44; elle est notable, 1/6 à 1/4, si l'on injecte directement dans le sang de l'infusion filtrée; elle reste encore appréciable, quoique plus faible, après une injection massive faite dans l'estomac.

« L'augmentation du sucre, celle de l'urée sont toujours liées à la diminution des gaz, mais sans relation fixe dans les proportions des divers phénomènes.

« L'augmentation du sucre peut être à peine sensible après les injections uniques; au contraire, elle est très marquée après l'usage prolongé, ce principe pouvant s'élever à 1 gr. 4 et même 1 gr. 8.

« L'augmentation de l'urée paraît plus considérable et plus constante, à la condition que l'on attende au moins deux ou trois heures pour faire l'examen comparatif. Même sur les chiens des pays chauds, dont le sang est presque toujours surchargé d'urée, la quantité de cet élément, sous l'influence du café, devient double, triple et quelquefois quadruple par rapport à la quantité primitive, laquelle est essentiellement variable.

« Cet accroissement notable du produit principal de désassimilation des tissus, l'urée, est en rapport avec l'accroissement d'ingestion et d'absorption des aliments azotés, comme aussi il est en rapport avec cet autre fait constaté par M. Guimaraës : les chiens privés de nourriture solide et soumis au café meurent plus vite, maigrissent davantage que les mêmes chiens soumis à l'eau simple.

« Toutes ces recherches, absolument concordantes, prouvent que le mécanisme d'action du café est beaucoup plus complexe qu'on ne l'avait supposé.

« Cette boisson diminue la proportion des gaz du sang et elle ne modifie pas ou diminue aussi la quantité d'aliments hydrocarbonés consommés; elle constitue donc comme on l'a dit, une condition d'épargne ou d'activité moindre pour les combustions les plus simples qui aboutissent à l'acide carbonique.

« Elle constitue, au contraire, une condition de dépense et d'activité plus grande pour les processus animaux plus complexes et plus utiles de nature azotée; augmentant la formation d'urée et la désassimilation, augmentant aussi l'assimilation des aliments réparateurs dont la viande est le type, cette substance, prise à dose modérée, maintient parfait l'équilibre des fonctions, qui deviennent elles aussi plus actives. La tension du sang, les sécrétions biliaires et salivaires, la température s'accroissent légèrement pendant que les mouvements du cœur et la respiration deviennent un peu plus fréquents.

« Le café est donc un aliment complexe qui agit surtout par les modifications intermédiaires imprimées aux phénomènes de nutrition et de fonctionnement général; il rend l'organisme capable de consommer et de détruire en plus grande proportion les éléments azotés, et par suite il doit être considéré comme un fournisseur indirect de travail, utile à tous ceux qui ont besoin de beaucoup de forces disponibles. »

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 5 juillet 1884. — Présidence de M. POLAILLON.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

La correspondance comprend : La *Revue des travaux scientifiques*, le *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, le *Compte rendu général des Académies et Sociétés médicales*, le *Progrès médical*, la *Gazette médicale de Picardie*, le *Journal d'hygiène*, le *Journal des sages-femmes*, la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, la *Revue médicale et scientifique d'hydrologie et de climatologie pyrénéennes*.

M. Apostoli s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

M. Charpentier présente deux malades atteints de doigt à ressort (les observations seront publiées).

M. Polaillon : J'ai observé récemment une jeune fille, dont l'index était à ressort; elle présentait les symptômes habituels dus à un épaississement du cul-de-sac inférieur de la gaine synoviale des fléchisseurs; le nodus qui en résultait était arrêté dans les mouvements de flexion et d'extension du doigt par le rebord de la gaine fibreuse digitale et le phénomène du ressort se produisait.

Il existe deux espèces de doigts à ressort. Dans les uns, qu'il faut regarder comme définitifs et incurables, il y a une nodosité qui siège sur le tendon ou dans le cul-de-sac synovial et qu'on peut comparer à un corps étranger inflammatoire. Dans les autres, il ne s'agit que d'un engorgement inflammatoire du cul-de-sac synovial, et, avec le temps, le repos, les révulsifs, les massages, les bains de vapeur, on peut en obtenir la guérison. C'est ce qui est arrivé chez la jeune fille dont j'ai parlé tout à l'heure; elle n'avait que 20 ans, s'était livrée à des excès de travail; elle a pu guérir en quinze jours.

M. J. Besnier donne lecture d'un travail intitulé : *Accidents cérébraux et accès pernicieux sporadiques* (*accès pernicieux masqués*), et dont voici les conclusions :

I. — Certaines maladies chroniques ou certains états morbides, antérieurs à la malaria et comportant dans leur marche des accidents secondaires plus ou moins graves, ou se manifestant par des troubles fonctionnels à accès plus ou moins répétés, peuvent parfois influencer la fièvre intermittente au point de la rendre anomale et pernicieuse.

II. — Dans ces cas, la forme de l'accès pernicieux est en corrélation étroite avec la maladie propathique, dont elle rappelle, par ses symptômes prédominants, l'un ou l'autre des accidents secondaires, ou les troubles fonctionnels habituels, mais aggravés. L'accès est alors plus ou moins masqué par la maladie antérieure et peut être facilement méconnu ; et, eu égard à sa cause prochaine, constitue une espèce à part, il est *deutéro-pathique*.

III. — Les états morbides antérieurs à la fièvre, et qui commandent son type et sa forme, peuvent être légers et compatibles avec toutes les exigences de la vie habituelle; la malaria, d'autre part, peut avoir été contractée dans un pays palustre ou non réputé palustre, et même ne se révéler pour la première fois que loin du foyer marématique. L'accès pernicieux peut être ainsi plus brusque dans son apparition que les accès ordinaires, et plus insidieux encore.

IV. — Ces accès pernicieux masqués empruntent leur gravité apparente moins à la malaria qu'à la maladie propathique, sur laquelle ils sont venus se greffer. Il y a lieu de penser qu'ils se montrent de préférence dans les pays non palustres, et rentrent ainsi dans le groupe des accès qui sont dits *sporadiques* ou *accidentels*, par opposition avec accès *endémiques* ou *épidémiques*, qui s'observent dans les contrées palustres. Ils cèdent d'ailleurs, comme les autres manifestations du paludisme, à la quinine, et même sans exiger les doses exagérées que réclament les accès pernicieux idiopathiques.

Les faits sur lesquels s'appuient ces conclusions se rapportent, en tant que maladies propathiques, à trois cas bien distincts (athérome artériel avec troubles encéphaliques, diabète ancien avec albuminurie, angine de poitrine); et en tant que formes d'accès pernicieux à trois formes non moins différentes (une forme délirante, une forme comateuse et une forme cardialgique).

Discussion.

M. Duroziez : Je demanderai pourquoi M. Besnier emploie le nom d'accès pernicieux *masqués*. Tous les accès pernicieux sont en effet masqués, en ce sens qu'ils surprennent le malade, et parfois le médecin, et néanmoins on peut les reconnaître. Cette dénomination a, en outre, l'inconvénient de surcharger la question d'un nom nouveau; on a déjà les accès pernicieux ordinaires, accompagnés, compliqués, sporadiques, endémiques, etc., et c'est déjà plus que suffisant. Il y aurait donc avantage à s'en tenir à cette simple dénomination d'*accès pernicieux sporadiques*.

M. J. Besnier : J'ai voulu indiquer que l'accès pernicieux était masqué par l'état morbide, sur lequel il était venu se greffer accidentellement; celui-ci, en effet, en détournant l'observateur de penser à la possibilité d'accès pernicieux, pouvait empêcher de reconnaître l'origine paludéenne des accidents présentés par les malades. Il n'en a

pas été ainsi, il est vrai, mais, comme je l'ai dit, cela a dépendu surtout des circonstances particulières dans lesquelles je me suis trouvé pour observer ces malades. Ainsi, pour m'en tenir au fait le plus simple, à l'accès pernicieux à forme comateuse présenté par le malade atteint de diabète ; qu'on suppose qu'au lieu de le voir à une heure et demie de l'après-midi, et de le trouver en plein paroxysme fébrile, avant l'apparition du coma, je ne l'eusse vu que le soir, ce qui était en quelque sorte plus naturel ; trouvant alors un malade, diabétique depuis plusieurs années, dans le coma ou en sortant, sans fièvre, avec de l'anurie, je portais inévitablement le diagnostic de coma urémique se rattachant à une albuminurie diabétique. Je n'avais alors aucune raison de chercher ailleurs la cause des accidents comateux. Et, ce qui est peu probable en présence d'un symptôme aussi menaçant que le coma, m'eût-on parlé du tremblement des mains ou du frisson, de la fièvre, en un mot des symptômes propres à l'accès pernicieux, il est vraisemblable que ces symptômes n'eussent pas attiré suffisamment mon attention. L'origine paludéenne des accidents était méconnue, la quinine n'était pas donnée, et le malade pouvait succomber à l'accès suivant. Et il succombait par suite d'un diagnostic erroné ou du moins incomplet, et cependant *en apparence aussi légitime et aussi rigoureux que possible.* Dans ce cas, l'accès pernicieux était donc bien masqué par la maladie protopathique, le diabète; c'est ce que j'ai voulu dire en employant l'expression en question.

J'ajoute qu'il m'a paru important de caractériser les faits que j'ai cités d'une façon nette et précise, afin de mettre en garde contre les faits semblables ou analogues qui pourraient se présenter, et qui peut-être ne sont pas rares. En effet, les états morbides, dans le cours desquels sont survenus les accès pernicieux que nous avons observés, sont des plus communs, et les occasions de prendre la malaria, à Paris même ou aux environs, sont, comme nous l'avons dit, fréquentes. Il se pourrait donc que les faits que nous avons en vue ne soient pas si exceptionnels qu'ils le paraissent. Mais, ce qui est exceptionnel, c'est de pouvoir observer les malades d'une manière assez complète pour se rendre exactement compte de ce qui s'est passé.

M. le docteur Gros, professeur de clinique médicale à l'Ecole de médecine d'Alger, est nommé membre correspondant à l'unanimité des votants.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, Dr Marchal.

FORMULAIRE

Crayons d'iodoforme. — Vulpius.

Gélatine	15	grammes.
Glycérine	7	gr. 50.
Iodoforme	27	grammes.
Eau distillée	50	—

On dissout la gélatine au bain-marie, dans le mélange d'eau et de glycérine. On évapore jusqu'à ce que le liquide soit ramené au poids de 54 grammes, on ajoute alors l'iodoforme pulvérisé, on agite pour rendre le mélange homogène, et on le coule dans une lingotière d'argent modérément chaude. Immédiatement après la coulée, on refroidit la lingotière dans l'eau glacée, pour rendre la solidification plus rapide, et empêcher la précipitation de l'iodoforme. On dessèche les cylindres dans un séchoir, jusqu'à ce qu'ils aient perdu un tiers de leur poids. Ils renferment 50 pour cent d'iodoforme et peuvent, grâce à leur souplesse, pénétrer dans les trajets fistuleux. — N. G.

COURRIER

Nécrologie. — Nous avons la douleur d'apprendre la mort, à Toulon, de M. le docteur Bourgarel.

— Un service anniversaire sera célébré le lundi 28 juillet 1884, à 11 heures très précises, en l'église Saint-Philippe-du-Roule, pour le repos de l'âme de M. le docteur Contour.

Les personnes qui n'auraient pas reçu de lettre de faire part sont priées de considérer le présent avis comme une invitation.

Hôpitaux. — Le Conseil municipal de Paris a décidé, en cas d'épidémie cholérique, l'établissement de deux hôpitaux sous baraquements au nord et au sud de Paris, sur les glacis des fortifications mis à sa disposition par le ministre de la guerre.

Le premier sera construit entre la porte d'Aubervilliers et celle du canal Saint-Denis et pourra comporter 200 à 300 lits avec les services généraux nécessaires.

Le second sera élevé entre la porte du chemin de fer de Sceaux et celle de Gentilly.

Les crédits nécessaires ont été immédiatement votés d'urgence par le Conseil.

Association des médecins du Rhône. — L'Association des médecins du Rhône a tenu, le 28 juin 1884, son assemblée générale annuelle, sous la présidence de M. Bouchacourt, au palais Saint-Pierre.

Plus de 50 membres assistaient à cette réunion.

Après une allocution empreinte des meilleurs sentiments confraternels, et très applaudie, de M. Bouchacourt, M. Favre, secrétaire général, paye un juste tribut de regrets et d'éloges aux associés morts pendant cette année, et fait connaître d'une manière sommaire la situation de plus en plus prospère de l'Association. Il examine la possibilité d'établir au sein même de l'Association une Société syndicale destinée à protéger efficacement les intérêts médicaux.

M. Lavirotte, trésorier, fait connaître la situation financière de l'Association, et donne toutes les explications utiles sur l'emploi des revenus de cette année.

M. Lucien Meynet, au nom de la Commission des finances, approuve les comptes de M. le Trésorier, et demande à l'assemblée un vote de remerciements bien mérité. Ce vote est acquis à l'unanimité à M. Lavirotte.

Le renouvellement par tiers et le remplacement des membres décédés font entrer dans la Commission par le tirage au sort :

Pour la ville de Lyon : MM. Pernot, Drivon aîné, Perret, Z. Perrin.

Pour l'arrondissement de Lyon : MM. Dupuy (d'Oullins), Féa (de Saint-Cyr).

Pour l'arrondissement de Villefranche : MM. Armand neveu, Maffre, Bertier, Armand oncle.

Sont nommés suppléants :

Pour Lyon : MM. Marduel, Jules Levrat.

Pour l'arrondissement de Lyon : M. Gamet (de Givors).

Pour l'arrondissement de Villefranche : M. Piérou (de Chazay).

La discussion ouverte sur la création d'un Syndicat au sein de l'Association se termine par un vote favorable, à la presque unanimité des membres présents.

Concours. — Les candidats inscrits au concours qui doit s'ouvrir, le lundi 4 août prochain, pour la nomination à une place de prosecteur des hôpitaux, sont au nombre de sept seulement. Ce sont MM. Chaput, Guinard, Hache, Ménard, Métaxas, Pousson et Walther.

Le jury se composera, sauf modifications, de MM. Tillaux, Lucas-Championnière, Tarnier, Léon Labbé, Cruveilhier, Vidal et Vulpian.

— Le concours du clinicat de médecine ouvert à la Faculté de médecine de Bordeaux vient de se terminer par la nomination de MM. les docteurs Chambrelent et Dignat.

Un fou. — Le docteur Cabrol, de Bourbonne-les-Bains, vient d'être victime d'une attaque inattendue. Un cultivateur de Martinville (Vosges) amenait au docteur son fils, âgé de vingt-huit ans, qui avait parfois des accès d'aliénation mentale. A peine étaient-ils entrés dans son cabinet que des cris retentirent. Le fils aîné du docteur Cabrol accourut et vit son père renversé par terre, la figure ensanglantée. M. Léon Cabrol dégagea son père, qu'il entraîna au dehors, et appela au secours. Un aide-major accourut à ses cris et tous deux, aidés du père du fou, réussirent à maintenir le forcené, qui, à cheval sur la croisée, les rouait de coups de poing. Les infirmiers de l'hôpital militaire arrivèrent et mirent au fou furieux la camisole de force. Il a été dirigé sur une maison de santé. (*Progrès médical.*)

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

N° 107 L'UNION MÉDICALE Mardi 29 Juillet 1884.

Sommaire

L'anesthésie rectale.

L'idée de produire l'anesthésie par l'injection de vapeurs éthérées dans le rectum est évidemment contemporaine des premiers essais d'éthérisation buccale. Si, recommandée *a priori* par certaines facilités d'application, la régularisation séduisante du manuel, la suppression de réflexes importuns, l'éthérisation rectale n'a pas prévalu, c'est que l'expérience n'a pas tardé à montrer que ses inconvénients dépassaient la portée de ses avantages.

Toutefois, cette démonstration ne fut pas donnée avec tant d'évidence et le fait acquis répandu avec tant d'éclat, que la notion en restât courante et la méthode classée, jugée définitivement dans l'esprit des chirurgiens.

Pirogoff, qui pense avoir employé le premier l'éthérisation sur le champ de bataille (guerre du Caucase 1847), revendique également la priorité pour l'emploi des vapeurs d'éther injectées dans le rectum, en vue de l'anesthésie, à l'aide d'un appareil de son invention, plus tard modifié par Bruns (1).

Toutefois, il dit avoir dû renoncer à cette pratique, trop peu expéditive pour le champ de bataille, et se borner dès lors à combattre localement, par ce moyen, les douleurs viscérales chez les calculeux (2).

Roux, à la même époque, prenant en considération la facilité extrême avec laquelle se fait l'absorption dans la dernière partie du tube digestif, avait bien proposé cette voie d'introduction pour les anesthésiques. Mais il ne semble pas que cette vue soit jamais passée, chez lui, de la conception à l'application.

Pensait-il même à l'injection de vapeurs éthérées plutôt qu'à l'introduction d'éther liquide, pur ou étendu, comme l'essayaient sur les animaux Vincente y Hedo, Bouisson, Marc Dupuy? Il est permis d'en douter. Simonin (de Nancy) est peut-être le seul chirurgien français auprès duquel Pirogoff ait fait école. En réalité, l'anesthésie *per anum* n'a guère dépassé la phase expérimentale et ne s'est nulle part imposée à la pratique. C'est donc par un véritable renouveau que l'attention s'y est reportée dans ces derniers jours.

Cette campagne est née d'un propos clinique. Le docteur Axel Yversen (de Copenhague) visitait les salles de chirurgie de l'Hôtel-Dieu (de Lyon). On cause anesthésie: « Employez-vous l'éther par la bouche ou le rectum? » demande l'étranger à son interlocuteur, Daniel Mollière. La question parut originale; elle ouvrait tout un horizon où l'esprit d'initiative du chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu se donnait immédiatement carrière (3).

Dès le lendemain, M. Mollière opérait une jeune fille de 20 ans d'une tumeur de la région parotidienne. L'éther fut insufflé dans le rectum à l'aide d'un flacon à double tubulure et de la poire à insufflation de l'appareil de Richardson. C'était donc un mélange d'air et d'éther qu'absorbait la malade. Il fallut une dizaine de minutes avant d'obtenir quelque résultat,

(1) Les prétentions de Pirogoff, que nous avons déjà rappelées ici même, nous paraissent fondées (*Union médicale*, 1883). Une lettre de rectification adressée récemment au *New-York med. Journ.*, 14 juin 1884, p. 668, confirme absolument cet historique.

(2) *Kriegs Chirurg.*, 1864, p. 1061.

(3) *Lyon médical*, 30 mars 1884.

et encore dut-on présenter aux narines quelques gouttes d'éther qui déterminèrent instantanément un profond sommeil.

Mêmes résultats de l'anesthésie mixte chez une femme de 40 ans, à qui on enleva un polype muqueux de l'antre d'Hymore. Chez un troisième et un quatrième malades, nous avons été témoin de ces faits: le sommeil anesthésique est complet, la période d'incitation semble très atténuée, les malades se réveillent sans fatigue et généralement sans nausées; une quantité minime d'éther est nécessaire.

M. Pollosson imita peu après cet exemple et obtint des résultats confirmatifs.

Ces premières expériences firent grand bruit; nous en avons recueilli l'écho dans un nombre considérable de journaux français et étrangers. Les physiologistes se mirent de la partie, et les chirurgiens américains surtout, comme jaloux d'avoir laissé échapper une innovation à leur hardiesse, prirent leur revanche en l'appliquant à l'envi.

Mais déjà, à Lyon même, le professeur Poncet, après quelques essais, se hâte de déclarer que l'éthérisation rectale présente des dangers considérables, et s'efforce d'arrêter les chirurgiens dans cette voie (1).

A côté de l'infidélité grande de l'éthérisation rectale, qui trouve des sujets absolument réfractaires, qui n'exonère pas les autres de l'excitation, des nausées, d'un sommeil prolongé à l'excès, une question de sécurité se pose impunément, qui doit, pour l'auteur, en faire bannir absolument l'emploi.

C'est après avoir failli perdre une femme restée 20 minutes en état de mort apparente, sans pouls ni respiration, la face cyanosée, sauvée seulement par les efforts de l'intervention la plus énergique, que le professeur Poncet croit devoir exécuter la méthode : « J'ai vu maintes fois des accidents se produire pendant les anesthésies, soit avec l'éther, soit avec le chloroforme, dit-il, je n'ai jamais eu la sensation d'un pareil danger. L'absorption des vapeurs d'éther enmagasinées dans l'intestin continuait et nous ne pouvions à peu près rien contre cette source continue d'intoxication. »

Un des écueils est en effet l'impossibilité de suspendre, à la première menace, l'absorption de l'agent anesthésique qui se poursuit hors de la portée, les vapeurs d'éther, ainsi qu'il a été démontré expérimentalement, envahissant immédiatement la plus grande partie du tube digestif. On a vu, par exemple, chez un lapin éthérisé par le rectum, l'anesthésie, au lieu de diminuer, aller croissant, quoique la canule fût enlevée. Une série d'expériences sur les chiens et les lapins appuie de tous points cette condamnation.

Disons d'ailleurs que le distingué chirurgien dont l'initiative a seulement provoqué la solution d'un problème en suspens, qui n'a voulu ni poser de conclusions fermes, ni surtout donner un blanc-seing à la méthode, tient le plus grand compte des données nouvelles intervenues, réservant sa pratique en conséquence.

Au surplus, la chirurgie moins circonspecte de nos collègues américains s'est chargée de nous démontrer à bref délai que ces craintes n'avaient rien de puéril et ces dangers rien de vain. En quelques jours, le *New-York medical Journal*, qui avait mis ses lecteurs en garde contre l'engouement de cette nouveauté, signale deux cas de mort à la suite de l'anesthésie rectale (2). L'un concerne un enfant, alors qu'on avait pu penser que le jeune âge présenterait le terrain de prédilection pour la méthode ; l'autre, une femme qu'on avait endormie en vue de la cautérisation d'un chancroïde. On trouva chez cette dernière tout le gros intestin et la dernière partie de l'intestin grêle « en état d'ulcération aiguë ».

(1) *Lyon médical*, 22-29 juin 1884.
(2) *The New-York med. Journal*, 24 mai 1884, p. 583.

Dans les cas moins dramatiques, des chirurgiens américains recueillent des symptômes évidents d'irritation intestinale ; d'autres, ne rencontrant pas cet inconvénient, pensent qu'il est dû à un vice du procédé, introduisant dans l'intestin de l'éther liquide.

Voilà un procès rapidement instruit. L'histoire n'est pas commune en médecine, de ces tentatives thérapeutiques que quelques semaines ont vu éclore, expérimenter et juger, nous semble-t-il, sans appel possible.

Jamais l'adage latin ne trouva plus juste application qu'à ce fugitif épisode de l'histoire des anesthésiques :

Multa renascentur quæ jam cecidere, cadentque
Quæ nunc sunt in honore.....

R. Longuet.

L'Épidémie cholérique de 1884.

La mortalité cholérique était moins élevée depuis quelques jours à Toulon et à Marseille, mais cette amélioration que nous signalions dans le dernier numéro ne persiste pas dans la dernière de ces villes. En outre, l'épidémie augmente à Arles et dans les campagnes.

A *Toulon*, du 24 au 25 juillet, on a enregistré 29 décès. Tous ces cholériques étaient de la ville, car durant cette journée on n'a observé aucun décès, ni à l'hôpital Saint-Mandrier, ni à l'hôpital Bon-Rencontre. La morbidité est très élevée au Mourillon, où les mesures d'assainissement sont encore plus négligées. On y a enregistré 50 cas de choléra dans cette même période de temps.

Du 25 au 26, le nombre des décès a été de 28. Du 26 au 27, il s'est abaissé à 14, dont 1 à Saint-Mandrier. Au Mourillon, la morbidité n'a été que de 20 cas nouveaux, mais sans décès.

Dans les environs, on signale 3 décès à la Seyne, 1 cas à La Garde, 1 autre à Sollies-Pont, 1 décès à La Valette, au Val, à Roquebrussane, à Signes et à Draguignan.

A *Marseille*, l'atténuation de la mortalité n'a pas été durable. Du 24 au 25, on avait enregistré 38 décès cholériques, mais le lendemain, dans la journée du 25 au 26, on comptait 20 décès de plus que la veille et la mortalité cholérique s'élevait à 58. Du 26 au 27, d'après les chiffres qui ne sont pas encore officiels, elle n'aurait été que de 38 décès. Le quartier de la Capelette est toujours le plus éprouvé et dans une seule maison on y a compté 17 décès successifs.

En outre, on constate des décès cholériques à Berre sur une chaloupe venant de Marseille ; à Velaux ; à Tarascon, celui d'une femme émigrée d'Arles ; à Nîmes, celui d'une petite fille ; enfin, plus loin des foyers provençaux de l'épidémie, à Grenoble et à Voiron, des cas cholériques sur des fugitifs de Marseille. Le 26, à Béziers, une femme succombait et le même jour dans un village des environs, à Raugon, on signale un autre décès.

A *Arles*, la mortalité cholérique du 24 au 25 juillet était de 4 décès. Du 25 au 26, elle s'élève à 15 décès cholériques sur une mortalité générale de 19 individus. Enfin, le même jour, on signale à *Aix* 6 décès cholériques et une morbidité de 10 cas.

Malgré les quarantaines terrestres, l'Italie n'a pu échapper à l'invasion de la maladie. Un nouveau cas s'est déclaré le 26 juillet, à Lucignano, sur un émigré de Marseille qui avait subi la quarantaine complète à Vintimille. C'est le deuxième cas que depuis huit jours on observe dans cette localité.

En terminant, mentionnons seulement les expériences sur les désinfectants qui se font actuellement au laboratoire de l'hôpital Cochin. Nous aurons l'occasion d'y revenir ; mais, à présent, c'est l'acide sulfureux liquéfié suivant les procédés Pictet (de Genève) qui paraît réunir les plus grand avantages de commodité. On en revient donc au procédé classique de la désinfection par le soufre. C'est une réhabilitation dont M. Dujardin-Beaumetz aura pris l'initiative. — C. L. D.

BIBLIOTHÈQUE

CHIRURGIE DES ENFANTS. — Leçons cliniques, par M. le docteur L.-A. DE SAINT-GERMAIN, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades, recueillies par M. le docteur Pierre-J. MERCIER. — Paris, Lauvereyns, 1884.

Les leçons de M. de Saint-Germain résument sa pratique à l'hôpital des Enfants depuis 1873. On peut acquérir une grande expérience en douze années passées dans le même hôpital; aussi l'auteur a-t-il cru faire œuvre utile en condensant le résultat de cette expérience dans son nouvel ouvrage. Nous ne pouvons que l'en féliciter.

La littérature française est assez pauvre en travaux relatifs à la chirurgie des enfants; il n'existe même aucun traité, clinique ou pratique, où les progrès récents de la chirurgie générale appliqués à la chirurgie infantile soient relatés ; celui de M. de Saint-Germain vient donc heureusement combler une lacune.

L'esprit du livre est le suivant : description des faits observés et des procédés mis en usage par l'auteur, sans dissimuler ni erreur ni insuccès; emprunts modérés à la pratique d'autrui; « l'historique, l'anatomie pathologique, l'étiologie occupent une place honorable dans ces leçons, mais la place principale est réservée à la symptomatologie, au pronostic et au traitement, dans leurs particularités cliniques. »

L'auteur a voulu, en outre, montrer qu'il sait allier « la prudence traditionnelle de notre école française avec l'information la plus attentive, par rapport aux progrès accomplis à l'étranger, et la plus ferme intention d'en faire bénéficier sa pratique de l'art chirurgical, sans tomber dans la nonchalance et l'inertie auxquelles on a quelquefois reproché à la chirurgie française d'être trop portée ».

Voici maintenant l'énumération succincte des matières contenues dans ce livre : anesthésie chirurgicale; pansement des plaies; complications des plaies; engelures, brûlures et cicatrices vicieuses; carie dans l'enfance et son traitement; ostéomyélite et périostite phlegmoneuse; hygroma et hydarthrose; tumeurs blanches; traitement des fractures; luxations traumatiques; cancer; ophthalmies; kératites; cataractes; grenouillette, filet; hypertrophie des amygdales et amygdalotomie; trachéotomie; tumeurs du cou; adénopathies; adénites; abcès rétro-pharyngiens; corps étrangers dans les cavités naturelles; polypes; traitement de l'anévrysme cirsoïde; opération de l'empyème; traitement des hernies; anus contre nature, son traitement; chute du rectum; polypes du rectum; fistules et fissures à l'anus; calculs vésicaux et leur traitement; taille suspubienne; traitement du phimosis par la circoncision; dilatation préputiale; vulvo-vaginite chez les petites filles; tumeurs des bourses; déviations rachitiques et leur traitement par le redressement et l'ostéoclasie manuelles, ou l'ostéotomie linéaire ou cunéiforme.

Toutes ces parties de la chirurgie, avons-nous dit, ont été étudiées ici dans ce qu'elles ont de particulier chez les enfants, et suivant la manière dont M. de Saint-Germain comprend la chirurgie infantile; nous ne pouvons indiquer tout ce que nous avons trouvé de bon et de personnel dans cet ouvrage; nous devons cependant souligner certains points. L'anesthésie, employée soit comme moyen de diagnostic, soit comme acte préliminaire d'une opération, est absolument indispensable chez l'enfant; à ce point que M. de Saint-Germain adopte l'axiome émis autrefois par Giraldès : « Si l'anesthésie était bannie de la chirurgie des adultes, il faudrait y revenir pour la chirurgie infantile. » Sir James Paget a émis aussi la même idée dans des termes différents. Mais c'est là tout ce que l'anesthésie a de spécial chez l'enfant; comme procédé opératoire, elle ne diffère en rien de celle de l'adulte : elle n'est pas plus dangereuse chez l'un que chez l'autre, mais elle exige les mêmes précautions.

Sans vouloir nier les progrès accomplis par la chirurgie depuis l'adoption des procédés antiseptiques, M. de Saint-Germain n'est pas absolument convaincu qu'il faille attribuer à ces procédés tous les succès qu'on leur attribue ; mais il ne les emploie pas moins, avec quelques restrictions toutefois; il n'aime pas beaucoup le *spray*, qu'il accuse, non sans raison, de refroidir les opérés ; il n'emploie pas non plus journellement le bandage ouaté, trop volumineux, trop encombrant, et surtout trop prédisposé à devenir le réceptacle de germes d'infection, parce que, chez les enfants, il emmagasine immédiatement l'urine. Et d'ailleurs les complications des plaies qu'on redoute tant chez l'adulte, la septicémie et l'infection purulente, sont nulles à l'hôpital des Enfants; si c'est affaire de terrain ou de milieu, peu importe dans notre compte rendu, mais le fait, sur lequel insiste beaucoup M. de Saint-Germain, n'en est pas moins précieux à enregistrer. « Le système antiseptique aurait, dit-il encore, un titre sûr pour se faire adopter, à l'ex-

clusion de tout autre, à l'hôpital des Enfants, s'il s'opposait au développement de la diphthérie, qui est la vraie, je dirais presque la seule complication redoutable des plaies chez les enfants. Or, j'ai vu deux fois se développer sous mes yeux, malgré le pansement de Lister, des plaques diphthéritiques que j'ai eu grand'peine à faire disparaître par notre moyen ordinaire, le jus de citron. » (P. 50.)

S'agissait-il ici de la vraie diphthérie ou d'une complication diphthéroïde? M. de Saint-Germain ne le dit pas; mais, plus loin, il signale à diverses reprises l'apparition de la vraie diphthérie à la suite d'opérations : sections d'amygdales, circoncision; l'affection débutant par la plaie, et envahissant l'organisme entier comme la diphthérie infectieuse. (P. 65 et 368.) Ces cas sont rares, ou plutôt paraissent rares, si nous en jugeons par le silence des auteurs à ce sujet, et nous sommes heureux d'avoir trouvé quelques renseignements sur ce point dans les leçons cliniques de M. de Saint-Germain. S'il veut bien nous le permettre, nous le prierons de nous indiquer, dans une prochaine édition de son livre, l'influence exercée sur la marche des plaies par d'autres affections intercurrentes, communes certainement dans son service : rougeole, variole, scarlatine, méningite, bronchites, etc.

Nous voudrions pouvoir insister davantage sur quelques chapitres de ce livre, en particulier ceux qui sont consacrés au traitement des fractures; à la trachéotomie; aux hernies; aux corps étrangers des voies ou cavités naturelles; au cal douloureux des scrofuleux; à la rémission des tumeurs malignes sous l'influence des caustiques; aux abcès rétro-pharyngiens; aux bons effets de la dilatation dans le traitement du phimosis et de la fissure anale; mais nous avons une bonne raison et une bonne excuse pour ne le pas faire : nous voudrions tout simplement engager les praticiens à lire ce livre; la multiplicité des détails relatifs au *modus faciendi*, les observations, parfois sous forme d'anecdotes qui viennent dans chaque chapitre enlever au texte ce qu'il peut avoir d'aride, en rendent l'intelligence et la lecture des plus faciles, et nous pouvons en dire, en nous servant d'un aphorisme qui ne se trouve pas dans le livre de M. de Saint-Germain, qui pourtant les aime beaucoup et les emploie avec succès :

Omne tulit punctum, *car :* miscuit utile dulci.

Un de nos abonnés nous demandait récemment d'indiquer à nos lecteurs les ouvrages d'une véritable utilité pratique que les médecins de province, qui n'ont pas le temps de lire tout ce qu'on imprime, devraient acheter; nous leur recommandons sans scrupule celui dont nous venons de parler.

L.-H. Petit.

REVUE DES JOURNAUX

Traitement de l'angine diphthéritique par les applications locales d'une solution concentrée d'acide salicylique, par M. Ory. — Le traitement que propose notre honoré et estimé confrère consiste dans des applications d'une solution concentrée d'acide salicylique au moyen d'un gros pinceau de charpie sur les surfaces couvertes de fausses membranes, de façon à produire une espèce de râclage. Pour être efficace, ce procédé doit être répété fréquemment chaque jour avec une certaine force, et continué jusqu'à l'entière disparition de ces produits pathologiques.

M. Ory emploie une solution d'acide salicylique assez concentrée pour tenir en suspension des cristaux d'acide salicylique non dissous. Voici la formule qu'il recommande : P. *eau distillée*, 100 grammes; — *glycérine*, 10 grammes; — *acide salicylique*, 0,30 centigrammes; — *eau de laurier-cerise*, 1 gramme. — Notre confrère a observé 15 cas dans lesquels ce traitement a donné d'heureux résultats. La durée moyenne du traitement serait de quatre jours.

La *France médicale* 1884, n° 5 : « Ce traitement parasiticide est ingénieux et, vu l'absence de tout inconvénient à son emploi, mériterait d'être souvent mis en usage. »

Ch. E.

Purpura consécutif à des inhalations de chloroforme, par Morel-Lavallée. — Les trois observations publiées par M. Morel-Lavallée sont celles de malades qui furent atteints de taches de purpura immédiatement après l'administration du chloroforme en inhalations.

Ces taches occupaient la région antérieure du thorax, mesuraient 3 à 4 centimètres de diamètre et apparurent deux ou trois minutes après l'administration du médicament.

Elles étaient probablement le résultat d'un spasme réflexe vasculaire et doivent prendre place à côté des purpuras émotifs réflexes signalés par MM. Vidal et Fournier. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, art. 12,351. 1884.) — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 juillet 1884. – Présidence de M. Marc Sée.

Sommaire : Kyste osseux du frontal. — Rapport sur un travail intitulé : *Note sur les ostéites tuberculeuses et syphilitiques de la voûte du crâne.* — Rapport sur une observation intitulée : *Kyste paraovarique du côté droit;* première ponction simple suivie de récidive; deuxième ponction avec lavage phéniqué et injection iodée; accidents très graves; iodisme aigu ; guérison. — Rapport sur un travail intitulé : *L'ovariotomie à Mâcon;* trois succès. — Polype naso-pharyngien récidivé; ligature de la carotide primitive; hémorrhagies secondaires; mort. — Présentation de malade : Tumeur sarcomateuse remplissant la fosse zygomatique; opération; guérison.

M. Monod, à l'occasion du procès-verbal de la dernière séance et de la discussion qui a suivi le rapport de M. Chauvel sur un cas d'exostose du sinus frontal, rappelle une observation dans laquelle un kyste osseux du sinus frontal fut pris pour une exostose. M. le docteur Rouge, croyant avoir affaire à une exostose, pratiqua l'opération et fut très étonné de tomber dans une cavité à parois osseuses très épaisses au fond de laquelle il constata la présence d'une petite tumeur du volume d'une cerise. Cette tumeur fut abandonnée à elle-même, et depuis quatorze ans que l'opération a été pratiquée, elle n'a pas augmenté de volume.

M. Trélat demande à M. Monod de réclamer de M. Rouge un complément de détails qui permette de se faire une idée nette du diagnostic de l'affection dont il s'agit.

— M. Chauvel lit un rapport sur un travail de M. le docteur Poulet, professeur agrégé au Val-de-Grâce, intitulé : *Note sur les ostéites tuberculeuses et syphilitiques de la voûte du crâne.*

Pour base de ses recherches, M. Poulet a pris les lésions de l'ostéite la plus simple, de l'ostéite traumatique que l'on peut aisément produire sur les animaux sains, et dont l'auteur, dans une série de pièces, montre bien l'uniformité et la simplicité. Mais lorsque, laissant de côté cette forme simple, on passe à l'étude des altérations pathologiques des os produites par des causes spécifiques (syphilis tuberculeuse, morve, rhumatisme, etc.), on reconnaît bien vite que ces lésions sont spécifiques elles-mêmes aussi bien dans leur nature intime que dans les symptômes qui les traduisent au dehors : à des causes spécifiques correspondent des lésions osseuses, des ostéites spéciales. C'est en examinant des pièces d'anatomie pathologique, des crânes desséchés, que M. Poulet a pu s'assurer de l'exactitude de cette proposition.

Pour aujourd'hui, M. Poulet se borne à l'étude des ostéites tuberculeuses et syphilitiques des os de la voûte du crâne considérées presque uniquement au point de vue du siège, de la forme, de la disposition des lésions du tissu osseux. Bien que la tuberculose osseuse soit des plus communes, les tubercules des os du crâne seraient très rares, si l'on en juge par le petit nombre des faits publiés. Cependant M. Poulet en aurait trouvé deux exemples sur des pièces du musée du Val-de-Grâce très pauvre en pièces anatomo-pathologiques. L'auteur les considère comme se rapportant à des cas d'ostéite tuberculeuse. M. Chauvel, un peu sceptique par nature, déclare qu'il ne voit pas la preuve, et, jusqu'à plus ample informé, refuse de se prononcer.

Il n'en est pas de même en ce qui concerne l'ostéite gommeuse syphilitique dont la spécificité est incontestable, dont les spécimens les plus variés abondent dans nos musées. L'examen attentif des pièces a permis à M. Poulet de constater que la marche du processus était constamment la même. Parti du péricrâne ou du périoste, le bourgeon gommeux pénètre dans l'os et y creuse une véritable spirale dont les tours vont s'élargissant. Au crâne, la spirale s'étend en largeur comme un ressort de montre; dans les os épais des membres, elle se développe en hauteur comme l'hélice d'un tire-bouchon. Cette disposition est évidente sur les nombreuses pièces que M. Chauvel a examinées avec M. Poulet; on la retrouve toujours nette sur les limites de l'ostéite. Les parois osseuses de l'hélice sont formées par un tissu dense, véritablement éburné.

M. le rapporteur pense que la Société de chirurgie ne saurait trop encourager des recherches de cette nature. En conséquence, il propose : 1° d'adresser à M. Poulet une lettre de remerciements; 2° de publier son travail dans les *Bulletins* en y joignant un des dessins qui font si nettement ressortir les caractères spécifiques des deux formes d'ostéite cranienne. (Adopté.)

— M. Bouilly donne lecture d'un rapport sur une note adressée par M. le docteur Jeannel (de Vendôme) et intitulée : *Kyste paraovarique du côté droit;* première ponction simple suivie de récidive; deuxième ponction avec lavage phéniqué et injection iodée; accidents très graves; rétention de l'injection iodée ; iodisme aigu; guérison opératoire.

Il s'agit d'une femme de 35 ans, de bonne santé, présentant les signes d'un kyste de l'ovaire uniloculaire. M. Jeannel retire, le 26 mars, avec l'aspirateur Potain, 15 à 1,700 gr. d'un liquide clair comme de l'eau de roche, ne contenant aucune trace de crochets d'hydatides. La nature du liquide permet d'établir le diagnostic de kyste *paraovarien.*

A la fin de la ponction, un accident se produit ; l'opérateur a la sensation du choc de la paroi kystique contre la canule et l'écoulement s'arrête; en même temps la malade est prise d'une syncope qui dure un quart d'heure et de douleurs vives dans l'abdomen, lesquelles se prolongent deux à trois heures. Le ventre reste ballonné pendant quatre jours.

Trois mois plus tard, la tumeur avait reparu. Cette fois M. Jeannel, après aspiration avec l'appareil Dieulafoy de 2,100 grammes de liquide limpide, fait dans le kyste un lavage avec 900 grammes d'eau phéniquée au centième, et, après aspiration de cette eau, pousse dans la poche 560 grammes d'une solution iodée tiède à 50 p. 100. Déjà, pendant le lavage phéniqué, la malade accuse une sensation désagréable d'étourdissement et de fourmillement dans les doigts.

Après injection de 560 grammes de la solution iodée, M. Jeannel fait le vide dans l'appareil et veut réaspirer le liquide injecté ; rien ne vient, pas une goutte de liquide ne sort.

En même temps se déclare une syncope inquiétante ; la respiration est longue, bruyante, désordonnée ; la face est bleue, le corps est recouvert d'une sueur visqueuse, le pouls est presque insensible.

La malade est placée la tête en bas ; on essaie vainement de retirer le liquide par de nouvelles ponctions aspiratrices : cinq injections d'éther sont faites sous la peau ; on applique le marteau de Mayor, une ceinture de sinapismes à la base de la poitrine, la ligature des quatre membres, une pile à courant continu de 40 éléments.

A 3 heures du matin, c'est-à-dire treize heures après l'opération, la respiration était devenue un peu plus régulière, mais elle était râlante, le pouls, un peu relevé, battait 130 à 140 fois par minute.

A 6 heures du soir, l'état restant le même, on donne un lavement avec 20 grammes d'acétate d'ammoniaque, on applique une nouvelle batterie électrique de 25 éléments. A 10 heures, la mort paraissant imminente, nouvelle injection de 5 grammes d'éther, applications chaudes, électricité. La malade ne recouvre le mouvement et la parole qu'à 1 heure du matin. On constate des phénomènes d'iodisme très accusés sur toutes les muqueuses, phénomènes qui persistèrent pendant une quinzaine de jours.

Après avoir examiné brièvement les diverses questions que soulève cette observation, savoir : le diagnostic exact de la nature du kyste, la reproduction de ce kyste après une première ponction, et même peut-être après l'injection iodée ; le mode de traitement applicable aux kystes paraovariques rebelles à la ponction ; la cause et la nature des accidents déterminés par l'opération, M. le rapporteur termine en disant qu'il n'existe pas de petite intervention en chirurgie et qu'une manœuvre aussi innocente en apparence qu'une ponction simple et qu'une ponction suivie d'injection iodée peut amener des accidents immédiats capables d'entraîner la mort.

Il propose : 1° D'adresser à M. Jeannel une lettre de remerciements ; 2° de déposer son mémoire aux archives. (Adopté.)

M. Tillaux pense que, dans le cas dont il s'agit, les accidents doivent être attribués à la quantité énorme de teinture d'iode injectée. Il a été, en effet, injecté dans le kyste 280 grammes de teinture d'iode pour 280 grammes d'eau, c'est-à-dire une proportion de moitié teinture d'iode et moitié eau, tandis que la proportion indiquée dans les formules de M. Bonnet est de un tiers de teinture d'iode et de deux tiers d'eau.

M. Lucas-Championnière dit qu'il eût été préférable, dans le cas dont il s'agit, de commencer par l'ovariotomie. La malade de M. Jeannel, qui n'est pas guérie, aura sub. vainement une série d'opérations plus graves en somme que l'extirpation qui eût amené la guérison.

M. Bouilly trouve, comme M. Tillaux, la proportion de teinture d'iode trop considérable ; mais, suivant lui, les accidents survenus chez la malade de M. Jeannel ne doivent pas être considérés comme des phénomènes d'intoxication ; ce sont plutôt des accidents d'irritation produits par le traumatisme opératoire.

Quant à l'opinion exprimée par M. Lucas-Championnière, M. le rapporteur ne saurait la partager. L'expérience montre que bon nombre de kystes paraovariens peuvent guérir après la ponction simple ; il est donc rationnel de commencer par la ponction avant d'en venir à l'ovariotomie.

— M. Bouilly donne lecture d'un deuxième rapport ayant pour objet un travail de M. le docteur Leriche (de Mâcon) intitulé : *L'ovariotomie à Mâcon, trois opérations, trois succès.*

M. le Rapporteur se borne à relever quelques points du manuel opératoire employé par M. Leriche.

Deux fois l'opérateur a maintenu le pédicule à l'extérieur dans des cas où la généralité des chirurgiens aurait fait la ligature perdue. Cette conduite lui fut imposée dans sa première opération par la crainte de l'hémorrhagie se faisant par un pédicule qu'il avait lié en trois parties avec du catgut fort dont la constriction se relâchait sous les yeux du chirurgien. Ce fait est presque inévitable avec le gros catgut qu'il est impossible de serrer très énergiquement ; ce relâchement de la ligature eût été prévenu par l'emploi de la soie phéniquée forte qui est la substance de choix pour la ligature perdue du pédicule des kystes ovariens. Ce traitement extra-péritonéal du pédicule prolongea de beaucoup le temps de la cure ; dans le premier cas, la cicatrisation n'était complète qu'au soixantième jour et, dans le second, qu'au quarante-huitième.

Le troisième cas est un exemple de kyste développé dans l'épaisseur du ligament large. L'opération se compliqua d'une hémorrhagie assez abondante provoquée par la déchirure de sinus veineux rampant sur la tumeur. Cette hémorrhagie fut arrêtée par une série de ligatures en chaîne à la soie phéniquée appliquée à la base de la tumeur. Celle-ci ne fut excisée et détachée que lorsque l'hémostase fut obtenue par les ligatures multiples. Cette ligne de ligatures représentant le pédicule de la tumeur fut abandonnée dans l'abdomen et la plaie des parois fut entièrement refermée.

La réunion se fit sans incident ; elle était complète le huitième jour ; la malade put se lever le quinzième jour. Cette opérée présenta à diverses reprises des accidents hystériformes qui ne furent pas sensiblement modifiés par l'ovariotomie pratiquée du reste d'un seul côté.

M. le Rapporteur propose : 1° d'adresser des remerciements à M. le docteur Leriche ; 2° de déposer son travail aux archives. (Adopté.)

M. Lucas-Championnière emploie toujours le catgut, soit pour faire des ligatures perdues, soit pour diviser ou former les pédicules et il n'a jamais vu d'accidents se produire avec du bon catgut. Il faut, suivant lui, se servir de catgut de préférence à la soie phéniquée.

M. Tillaux n'est pas de l'avis de M. Lucas-Championnière. On ne peut pas partout avoir du bon catgut, et l'on est sûr d'avoir partout de la bonne soie. M. Tillaux a renoncé au catgut depuis qu'il a perdu une opérée par suite d'hémorrhagie provenant du pédicule lié au catgut ; il se sert toujours de soie, à laquelle il n'a jamais trouvé aucun inconvénient.

M. Lucas-Championnière répond que la soie joue le rôle d'un irritant lorsqu'il s'agit de lier un pédicule très large ; le bon catgut est de beaucoup préférable.

M. Bouilly donne la préférence à la soie phéniquée, qui est entre les mains de tous les chirurgiens, tandis qu'il n'en est pas de même du bon catgut.

— M. Verneuil communique le complément de l'observation d'un malade qu'il a présenté au mois de mars dernier à la Société de chirurgie.

Il s'agit d'un jeune homme de 20 ans, ayant une énorme tumeur de la face, qui avait été adressé à M. Verneuil comme étant atteint de polype naso-pharyngien récidivé. Il avait été opéré une première fois, à Bourges, par M. le docteur Sarazin, aidé de M. le docteur Petitfils, qui lui avait pratiqué l'ablation de l'os maxillaire supérieur. La tumeur, au moment où M. Verneuil vit le malade, était extrêmement vasculaire ; elle était le siège d'un bruit de souffle comme dans l'anévrysme artérioso-veineux.

M. Verneuil avait été détourné de faire une opération immédiate, par suite de la bénignité de la tumeur considérée au point de vue de sa composition histologique.

Dans la discussion qui eut lieu à ce sujet à la Société de chirurgie, l'avis prévalut de pratiquer des injections irritantes dans le but de modifier le tissu érectile comme on fait dans le cas d'anévrysme cirsoïde, de chercher à provoquer ainsi l'atrophie de la tumeur et, si l'on ne pouvait y parvenir, d'en pratiquer l'ablation après ligature préalable de la carotide.

Conformément à ce programme, M. Verneuil pratiqua dans la tumeur plusieurs injections avec la liqueur de Piazza. La quatrième et la cinquième donnèrent lieu à une poussée inflammatoire; il se produisit des hémorrhagies abondantes qui amenèrent l'altération rapide de la santé générale. Le malade maigrissait à vue d'œil, la tumeur avait acquis un volume considérable et devenait de plus en plus pulsatile; l'œdème s'était emparé de la masse et la peau amincie semblait devoir céder d'un moment à l'autre.

M. Verneuil se décida, en conséquence, à pratiquer la ligature de la carotide primitive autant comme moyen d'hémostase que dans le but de combattre l'inflammation de la tumeur. A la suite de l'opération, les douleurs et l'inflammation disparurent comme par enchantement, et il y eut dans le volume de la tumeur, du jour au lendemain, une diminution d'un tiers. Malheureusement peut-être la ligature avait-elle été pratiquée un peu trop tard; l'abcès continua de se développer et finit par s'ouvrir. M. Kirmisson, qui remplaçait M. Verneuil, pratiqua le drainage pour faciliter l'écoulement du pus; il y eut un moment d'amélioration et de cessation des accidents récents. Le malade se promenait dans les salles et paraissait en bonne voie. La ligature tomba vers le quinzième jour, mais la plaie n'était pas complètement cicatrisée; un jour, le malade fut pris tout à coup d'érysipèle et la température s'éleva à 40 degrés. Diverses tentatives de compression avec une petite ampoule de caoutchouc, des cautérisations de la plaie avec le nitrate d'argent n'amenèrent aucun résultat. Il se fit par la plaie une issue de flocons de tissu cellulaire sphacélé avec une longueur de 12 millimètres de tube carotidien coupé carrément. Bientôt des hémorrhagies de plus en plus abondantes se manifestèrent, et le malade finit par succomber.

A l'autopsie, on trouva dans la profondeur de la fosse sphénoïdale une perte de substance donnant passage à un des lobes de la tumeur qui faisait dans la cavité crânienne une saillie du volume d'une noix. Il y avait oblitération parfaite du bout périphérique de la carotide primitive, mais il fallut chercher longtemps, au milieu du putrilage de la plaie, le bout cardiaque réduit à l'état de vestige. Il y avait une thrombose d'origine récente de la veine jugulaire interne; le nerf pneumogastrique était intact. Tous les viscères étaient sains, à l'exception du foie stéatosé; il n'y avait nulle part d'abcès métastatique. Enfin, il existait un peu d'inflammation du cerveau au voisinage du point de pénétration de la tumeur à travers la fosse sphénoïdale.

Les causes de la mort ont donc été multiples, mais il convient de placer au premier rang, d'après M. Verneuil, le sphacèle de la carotide primitive qui, développé à la suite d'une ligature absolument régulière, offre un exemple unique en ce genre dans la science, et aussi les hémorrhagies survenues à la suite de deux poussées érysipélateuses qui ont été, pour M. Verneuil, le point de départ des accidents.

La communication de M. Verneuil donne lieu à une discussion à laquelle prennent part MM. Chauvel, Bouilly, Trélat, Lucas-Championnière, Polaillon, Marc Sée et Verneuil. Nous regrettons que le défaut d'espace nous empêche de la reproduire.

— M. Tillaux présente un jeune homme auquel il a pratiqué la résection du maxillaire supérieur droit et d'une partie du maxillaire supérieur gauche pour une tumeur sarcomateuse remplissant toute la fosse zygomatique. La section a dû être pratiquée avec la gouge et le maillet;

Un appareil prothétique des plus ingénieux, imaginé et construit par M. Beauregard, dentiste, présente une disposition qui permet à la mastication de se faire d'une façon parfaite.

A. T.

VARIÉTÉS

Les changements de coloration de la chevelure.

Dans une note du *Journal of cutaneous and mental diseases*, le docteur Ph. Jakson passe en revue les différentes conditions dans lesquelles on observe une coloration anormale de la chevelure. Ces modifications sont produites par des agents comparables aux teintures ou par des troubles nutritifs.

C'est ainsi que la coloration bleue des cheveux n'est pas rare parmi les ouvriers des mines de cobalt ou des fabriques d'indigo et la coloration verdâtre parmi ceux qui travaillent le cuivre. Chez les uns et les autres, ces changements de coloration sont dus au dépôt de poussières minérales ou végétales flottant dans l'atmosphère ; l'examen microscopique montrait en effet que ce dépôt occupe la surface et non pas l'épaisseur du cheveu.

En 1881, Prentiss raconte dans le *Philadelphia medical Times*, qu'il a vu un malade atteint de pyélo-néphrite avec anurie et dont la chevelure originairement blonde, devint de couleur noir foncé après l'emploi d'injections hypodermiques de chlorhydrate de pilocarpine, continuées pendant une année. En même temps leur croissance était plus active et ceux-ci plus vigoureux. Ses yeux changeaient aussi du bleu clair au bleu foncé, et ces modifications étaient dues à l'augmentation du pigment normal.

La coloration des cheveux peut se modifier après la mort, à preuve le cas signalé par Hauptmann dans les *Virchow's Archives* de 1869. En exhumant un cadavre enseveli depuis vingt ans on constatait que de brun foncé les cheveux avaient pris une coloration rouge. Léonard a vu après la mort les cheveux changer de couleur dans l'espace de trente heures et de roux devenir gris.

C'est ainsi encore que durant une maladie la coloration des cheveux peut s'altérer graduellement et ne redevenir normale qu'après la guérison. Singly, en 1883, dans *the Medical press and circular* rapporte une observation d'ostéite suppurée du temporal durant laquelle les cheveux, perdant leur coloration grise, devinrent roux. Enfin Squire, dans *the Lancet* de 1883, signale le cas d'un sourd-muet chez lequel le côté gauche de la tête é ait maculé de taches de cheveux bruns mélangées à des taches de couleur châtain ; tandis que le côté droit était brun foncé. Cet individu était âgé de seize ans et cette coloration existait depuis sa naissance. — C. L. D.

Faculté de médecine de Paris.

THÈSES DE DOCTORAT DU 28 AU 31 JUILLET 1884.

Lundi 28. — M. Piussan : Quelques accidents de l'atrésie congénitale du prépuce et de leur traitement. (Président : M. Trélat.) — M. Pousson : De l'intervention chirurgicale dans le traitement et le diagnostic des tumeurs de la vessie dans les deux sexes. (Président : M. Guyon.) — M. Salmon : De l'ostéo-arthrite chronique du genou. (Président : M. Guyon.) — M. Armedey : De l'hydro-pneumopéricarde médical. (Président : M. Damaschino.) — M. Pivaudran : De la syphilis des amygdales. (Président : M. Damaschino.) — M. Bourdichon : Des paralysies dans le cours de la colique hépatique. (Président : M. Potain.)

Mardi 29. — M. Millée : Etude sur la fièvre typhoïde à début grippal. (Président : M. G. Sée.) — M. Enrique de Argaez : Essai sur la dilatation adynamique de l'estomac. (Président : M. G. Sée.) — M. Douy : De la folie consécutive à l'insolation. (Président : M. Ball.) — M. Baron : Du développement du corps de Wolff et du rein chez les vertébrés. (Président : M. Sappey.) — M. Vauthier : Contribution à l'étude du développement du foie. (Président : M. Robin.) — M. Mesnet : Des érythèmes blennorrhagiques. (Président : M. Laboulbène.) — M. Chameron : De la blennorrhagie comme affection parasitaire et de son traitement par les injections du bichlorure de mercure. (Président : M. Laboulbène.) — M. Baradat : Etude sur le bruit de clapotement stomacal. (Président : M. Laboulbène.)

Mercredi 30. — M. Carlet : Du traitement électrique des tumeurs fibreuses de l'utérus, d'après la méthode du docteur Apostoli. (Président : M. Trélat.) — M. Pouillaude : Etude clinique sur les phlegmons et abcès profonds de la région temporale. (Président : M. Trélat.) — M. Mesnard : Des exostoses du creux sus-claviculaire. (Président : M. Verneuil.) — M. A. Gautier : Des varices profondes du membre inférieur; de leurs signes et des accidents qu'elles peuvent déterminer. (Président : M. Verneuil.) — M. Letellier : Du traitement de quelques maladies des yeux par la cautérisation ignée. (Président : M. Guyon.) — M. Galup : Quelques considérations sur le traitement du goître exophthalmique par l'iode et ses composés. (Président : M. Damaschino.) — M. Périer : Contribution à l'étude du lymphadénome des os au point de vue clinique. (Président : M. Damaschino.) — M. Mendiboure : Contribution à l'étude de l'ictère spasmodique. (Président : M. Damaschino.) — M. Gayrard : Contribution à l'étude de la chorée des femmes enceintes. (Président : M. Damaschino.)

Jeudi 31. — M. Aguet. De la recherche du bacille de la tuberculose dans les produits autres que ceux de l'expectoration. (Président : M. G. Sée.) — M. Ramadier : Contribution à l'étude des troubles trophiques dans la paralysie générale. (Président : M. Ball.) — M. Lucas : Considérations sur la marche et la durée de l'ataxie locomotrice. (Président : M. Ball.) — M. Bérillon : De l'indépendance fonctionnelle des deux hémisphères cérébraux. (Président : M. Sappey.) — M. Oger : Etude sur les luxations humérales compliquées de fracture à la partie supérieure de l'humérus. (Président : M. Le Fort.) — M. Monvenoux : Documents relatifs à la présence des matières grasses dans l'urine (première série) suivis d'une nomenclature raisonnée des travaux parus jusqu'à ce jour sur les entozoaires de la chylurie. (Président : M. Vulpian.) — M. Nercam : Action hypnotique sédative de la paraldéhyde dans ses différentes formes d'aliénation mentale. (Président : M. Vulpian.) — M. Cazauvielh : Contribution à l'étude clinique de la *phlegmatia alba dolens* dans la fièvre typhoïde. (Président : M. Peter.) — M. Moutier : Contribution à l'histoire de la protection de l'enfance à Rome. (Président : M. Peter.)

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 18 au 24 juillet 1884. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1,062. — Fièvre typhoïde, 25. — Variole, 1. — Rougeole, 22. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 12. — Diphthérie, croup, 31. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 1. — Infections puerpérales, 1. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. aiguë), 52. — Phthisie pulmonaire, 188. — Autres tuberculoses, 14. — Autres affections générales, 71. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 33. — Bronchite aiguë, 12. — Pneumonie, 48. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 163; au sein et mixte, 74 ; inconnues, 11. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 100 ; circulatoire, 54 ; respiratoire, 34 ; digestif, 54 ; génito-urinaire, 22 ; de la peau et du tissu lamineux, 6 ; des os, articulat. et muscles, 4. — Morts violentes, 19 — Causes non classées, 7.

Le service de Statistique municipale a compté 1,062 décès pendant la semaine actuelle au lieu de 1,195 qui avaient été enregistrés la semaine dernière. Le nombre des décès d'enfants qui avait grossi la mortalité de la dernière semaine, a quelque peu diminué ; on constate aussi un affaiblissement notable de la mortalité des vieillards de plus de 60 ans. Le nombre des décès d'adultes est resté à peu près stationnaire.

En ce qui concerne les maladies épidémiques la comparaison des chiffres des dernières semaines fait constater des différences peu considérables.

La Fièvre typhoïde n'a causé que 25 décès au lieu de 39. La Rougeole (22 décès au lieu de 23), qui avait été très fréquente pendant le printemps dernier, a cessé depuis deux semaines de régner à l'état épidémique. La Variole (1 décès au lieu de 0), la Scarlatine (3 décès au lieu de 6), la Coqueluche (12 décès au lieu de 10) continuent à se montrer très rares.

La Diphthérie (31 décès au lieu de 26) a subi cette semaine une légère recrudescence, probablement passagère.

La Bronchite aiguë (12 décès au lieu de 19) et la Pneumonie (48 décès au lieu de 59) sont tombées progressivement à des chiffres remarquablement bas.

Le nombre des décès par Athrepsie des jeunes enfants (248 décès au lieu de 251) est resté très considérable. L'influence des grosses chaleurs de la semaine dernière a donc continué, comme toujours, à se faire sentir plusieurs jours encore après qu'elles avaient cessé.

Le service de Statistique a reçu, comme la semaine dernière, un nombre considérable de cartes l'avertissant de cas de diarrhée plus ou moins graves. Sur les 45 cas de diarrhée qui lui ont été signalés chez les adultes, 3 ont été mortels et ont été qualifiés de choléras, à une première inspection ; mais il a été reconnu ensuite qu'il ne s'agissait pas de cette maladie, et que si les médecins traitants avaient formulé ce diagnostic, c'était, comme nous l'écrit l'un d'entre eux, par surcroît de prudence plutôt que par conviction véritable, et pour provoquer des mesures de désinfection qu'il ne faut jamais négliger dans les cas douteux et qui, en tout cas, ne sont jamais nuisibles.

Le sentiment très légitime et très raisonnable qui guidait ces honorables médecins a pu tromper quelquefois le public sur la véritable nature des maladies signalées.

Le service de Statistique a reçu notification de 398 mariages et de 1,259 naissances d'enfants vivants (669 garçons et 590 filles), dont 898 légitimes et 361 illégitimes ; 70 enfants parmi ces derniers ont été reconnus immédiatement par l'un des parents ou par les deux.

Dr Jacques Bertillon,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

FORMULAIRE

Gouttes dépuratives. — Sigmund.

Teinture d'iode . . . . 4 grammes.
Teinture de noix vomique . . . . 1 gramme.
Liqueur arsenicale de Fowler . . . . 1 —

Mêlez. Cinq gouttes le soir, dans de l'eau sucrée, aux malades atteints de syphilis compliquée de scorbut, et dans les cas de lupus, qu'on soupçonne d'être sous l'influence d'une diathèse syphilitique. — Tous les trois jours, on augmente le nombre des gouttes, jusqu'à ce qu'on arrive à en donner quinze, dose qu'on ne doit pas dépasser. — N. G.

COURRIER

Personnel médical des bureaux de bienfaisance. — En exécution de l'arrêté préfectoral en date du 15 février 1879, le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique a l'honneur d'informer MM. les médecins des Ier et XIe arrondissements que, le jeudi 14 août 1884, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin pour chacun de ces arrondissements.

Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

— Par arrêtés rendus le 15 juillet, M. le docteur Naudet (Antoine) est nommé médecin du bureau de bienfaisance du IIe arrondissement de Paris.

M. le docteur Saint-Martin (Adolphe-Jules), est nommé médecin du bureau de bienfaisance du XVIe arrondissement de Paris.

Concours. — La seconde épreuve d'admissibilité — épreuve orale — du concours pour la nomination à deux places de médecin des hôpitaux et hospices civils de Paris vient de se terminer. La dernière question a été : Des ulcérations de la langue.

Ont seuls été admis à subir la troisième épreuve — consultation écrite — les douze candidats dont les noms suivent : MM. les docteurs Barié, Barthélemy, Brissaud, Dreyfous, Faisans, Hirtz (Edgar), Hirtz (Hippolyte), Lorey, Martin, Merklen, Renault et Talamon.

— La seconde épreuve d'admissibilité — épreuve opératoire — du concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux et hospices civils de Paris vient de se terminer.

Les huit candidats dont les noms suivent, classés par ordre de mérite, ont seuls été admis à subir les épreuves définitives. Ce sont MM. les docteurs Jalaguier, Campenon, Bazy, Brun, Marchant, Routier, Remy et Jarjavay.

La première épreuve définitive — composition écrite — a eu lieu hier. Les questions données ont été : 1° Structure des artères ; 2° De la réunion par première intention.

Chemin de fer de l'ouest. — Exposition de Rouen. — Départs de Paris : 7 h. 45 matin ; 12 h. 15 mat. ; 12 h. 45 mat. ; 6 h. 45 soir ; 8 h. 50 soir ; 11 h. 30 soir. — Départs de Rouen : 7 h. 65 mat.; 8 h. 38 mat.; 9 h. 6 mat.; 11 h. 40 mat.; 12 h. 24 mat.; 1 h. 30 soir. 8 h. 35 soir ; 8 h. 50 soir ; 12 h. 29 soir. — Voitures de 1re et de 2e classe, sauf le train de midi 45, au départ de Paris et celui de 1 h. 30 au départ de Rouen, qui n'ont que des voitures de 1re classe. — En prenant au départ de Paris le premier train du matin (7 h. 45), le voyageur peut être facilement de retour à Paris dans la soirée après avoir passé une journée à Rouen.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

BULLETIN

Académie de médecine, 29 juillet. — La séance a été consacrée tout entière à la discussion sur le choléra. MM. Proust et Besnier ont prononcé des discours très applaudis. Le premier s'est principalement attaché à répondre à l'argumentation de M. Jules Guérin. Celui-ci, dans son discours, dont nous avons reproduit les conclusions, avait contesté la valeur des résultats de l'enquête que MM. Brouardel, Proust et Rochard avaient faite à Toulon et à Marseille, et qui les avait amenés à conclure à l'origine asiatique de l'épidémie actuelle, bien qu'ils n'eussent pu découvrir le mode d'importation de la maladie. M. Proust a rétabli l'exactitude des faits, contestés par M. Jules Guérin à la suite d'une contre-enquête dont les éléments avaient été fournis à ce dernier par deux médecins des épidémies de Toulon et de Marseille, MM. les docteurs Bourgarel et Combalat.

M. Proust s'est appuyé sur des documents qui lui ont été adressés par MM. les docteurs Cunéo (de Toulon), Trastour et Combalat (de Marseille), documents qui tendent à établir péremptoirement que le choléra de Marseille, comme celui de Toulon, a eu pour cause l'importation. On s'explique naturellement que les témoignages de MM. Cunéo et Trastour contredisent celui de M. Bourgarel : rien de plus ordinaire, en effet, que de voir les mêmes faits non seulement interprétés, mais encore observés d'une façon différente par des hommes ayant d'ailleurs une égale compétence. C'est là une simple question d'angle visuel variant pour chaque observateur. Mais, ce que l'on comprend moins, c'est que M. Combalat ait pu fournir à M. Jules Guérin des documents contre l'importation et à M. Proust d'autres documents pour l'importation. Il y a là sans doute quelque erreur d'interprétation dont notre honorable confrère de Marseille aura été victime.

Quoi qu'il en soit, l'argumentation de M. Proust, aussi serrée que courtoise, a produit une bonne impression sur l'Académie qui, par ses applaudissements, a remercié l'orateur du plaisir qu'il lui avait procuré.

Non moins bien accueilli a été le discours de M. Besnier. M. Proust avait combattu M. Jules Guérin sur le terrain des faits ; M. Besnier l'a attaqué sur le terrain des doctrines. Nos lecteurs trouveront au compte rendu un résumé succinct de cet excellent discours, aussi remarquable par le fond que par la forme, et qui a valu à l'orateur les félicitations de ses collègues.

M. Jules Guérin a annoncé l'intention de répondre et de faire face à ses deux adversaires ; nous devons donc nous attendre de la part de M. Jules Guérin à une vive riposte. Nous verrons bien si du choc des opinions, dans cet intéressant tournoi scientifique, jaillira quelque nouvelle lumière sur un question si souvent discutée et toujours vivement controversée.

A. T.

— Revenons aujourd'hui sur les déchirures périnéales, dont nous avons dit un mot jeudi dernier. Cette fois, il s'agit d'une *déchirure complète*, intéressant le sphincter de l'anus, opérée avec succès par M. le docteur Morillon, de Craon (Mayenne).

Une femme de 23 ans, accouchée il y a trois ans pour la première fois, ne pouvait depuis cette époque retenir ses matières; les fonctions du sphincter étaient abolies, ce qui la mettait dans un état d'infirmité des plus tristes. Elle avait allaité son enfant; puis, au cours de l'allaitement, elle était devenue enceinte, et pendant cette seconde grossesse avait perdu son nourrisson.

Le second accouchement fut facile. Elle nourrit l'enfant jusqu'à l'âge de 12 mois, puis des émotions et des fatigues nouvelles, s'ajoutant à son infirmité, la plongèrent dans une anémie profonde. A l'incontinence des matières intestinales se joignirent une leucorrhée abondante, de la toux, de l'amaigrissement, des troubles nerveux. C'est alors que M. le docteur Morillon fut consulté.

L'état général excluait toute intervention immédiate; mais l'opération était nécessaire, car la déchirure périnéale, datant de la première couche, était la cause initiale de tous les accidents. La malade fut mise au repos et suivit un régime reconstituant; l'opération devint praticable au bout de six semaines.

Le plancher périnéal avait complètement disparu; il était remplacé par un cloaque unissant la vulve à l'anus, et baigné par un mélange de matières diarrhéiques et de mucosités vaginales. En écartant les bords du cloaque, on apercevait au fond la cloison recto-vaginale, sous la forme d'un éperon terminé par un bord cicatriciel qui marquait la limite entre la muqueuse du rectum et celle du vagin. L'éperon était à 3 centimètres de profondeur; au-dessus de lui, la cloison était saine; il y avait une métrite granuleuse très prononcée.

L'opération fut exécutée le 9 novembre 1882. Notre confrère avait conçu le dessein de séparer par la dissection la muqueuse du vagin et celle du rectum, et de faire trois étages de sutures : une vaginale, une rectale, et entre les deux la réunion du périnée par des fils profonds et des fils superficiels. Ce procédé complexe n'est pas aujourd'hui en grande faveur. Quelques-uns, avec le professeur Richet, réunissent le périnée, font la suture vaginale, et s'en tiennent là; c'est ce qui nous a parfaitement réussi dans un cas de déchirure profonde que nous avons rapporté l'année dernière. D'autres chirurgiens, avec MM. Verneuil et Trélat, ont rejeté la suture vaginale; le procédé d'Emmet et de Gaillard Thomas, exécuté en France par Jude Hue, Terrillon et Monod, se borne également à la réunion périnéale. D'un commun accord, on laisse de côté la suture de la muqueuse rectale, qui prolonge et complique inutilement l'opération.

Mais suivons notre confrère. La faiblesse de la malade lui fit craindre l'influence prolongée du chloroforme, et brusquement il renonça à suturer les muqueuses, aviva rapidement l'éperon, les côtés de la déchirure périnéale, et même les téguments voisins sur une large surface. Puis il pratiqua la suture profonde à l'aide de gros fils d'argent, enfoncés à droite et à gauche assez loin des surfaces cruentées, et passant aussi haut que possible dans l'épaisseur de l'éperon. Cinq points superficiels, avec des fils plus minces, terminèrent la réunion; le dernier fut passé « dans l'épaisseur même de la muqueuse rectale au niveau du rebord anal, pour rétablir autant que possible la régularité de cet orifice ». Le passage des fils profonds dans l'épaisseur de l'éperon, à l'aide d'une aiguille à courbure exagérée, et le dernier fil destiné à rétablir le contour de l'anus, ressemblent de près au procédé d'Emmet. L'auteur américain a beaucoup recommandé d'aller chercher les deux extrémités des fibres sphinctériennes rompues, en plaçant très bas le point de suture le plus inférieur, afin de les ramener au contact parfait au moment où on serre le fil; précepte utile, un peu exagéré par l'auteur, mais qui n'est pas à négliger, car ce n'est pas seulement la forme de la région qu'il faut rétablir, c'est avant tout la fonction de l'orifice anal.

Notre confrère a enchevillé ses fils profonds sur de petits rouleaux de buis, à l'aide de rivets en plomb. Nous pensons qu'une simple suture entrecoupée vaut mieux ; nous l'avons faite, chez notre malade, avec des crins de Florence. La Société de chirurgie, dans sa dernière discussion, l'a préférée également aux modes de sutures compliqués.

Les soins consécutifs furent aussi bien conduits que l'opération elle-même. Décubitus dorsal absolu, jambes immobiles, et constipation pendant 15 jours révolus ; cathétérisme trois fois par vingt-quatre heures ; lavages phéniqués de la région, ouate phéniquée pour pansement. Injections vaginales détersives à partir du cinquième jour ; ablation des fils superficiels du cinquième au huitième, et des fils profonds le dixième ; débâcle intestinale le quinzième, sans aucun dommage. La santé se releva bientôt, avec le rétablissement de toutes les fonctions, et depuis dix-huit mois la guérison ne s'est pas démentie. Notre confrère note un certain degré de rétrécissement de l'orifice vaginal, qui ne lui paraît pas grave pour l'avenir, et judicieusement se félicite de n'avoir pas prolongé l'opération avec la suture rectale, dont l'absence n'a compromis en rien les fonctions du sphincter.

Voilà encore un beau succès à l'actif de la chirurgie de nos départements, et qui légitime les félicitations et les encouragements que l'*Union médicale* leur a plusieurs fois adressés et leur adressera encore.

L.-G. R.

Société allemande de chirurgie

TREIZIÈME CONGRÈS TENU A BERLIN LES 16, 17 et 19 AVRIL 1884.

Composition du bureau : MM. Langenbeck, président ; Volkmann, vice-président ; Gurlt et Schœnborn, secrétaires.

M. Neelson (de Rostok) a cherché à séparer les unes des autres les infections purulentes septiques dont il fait trois groupes : 1° les mycoses produites artificiellement, et toutes différentes de l'infection purulente de l'homme ; — 2° les infections purulentes de l'homme, produites par une combinaison de trois procédés : intoxication putride, inflammation, prolifération de microbes dans le sang ; il faut distinguer cette forme de la pyohémie, qui est une maladie *sui generis* pouvant compliquer les blessures, mais qui peu aussi naître sans blessure ; — 3° les cas dans lesquels la pyohémie suit une blessure, et qui sont plutôt une combinaison de la septicémie et de la pyohémie.

M. Cramer (de Wiesbaden) a rapporté une observation de kyste sanguin de la cuisse coïncidant avec des phénomènes fébriles graves, de la toux et de la diarrhée ; l'extirpation de cette tumeur fut suivie de la disparition de ces symptômes, et l'auteur ne conclut qu'ils étaient produits par la fermentation du contenu du kyste. Il fait de ce cas un exemple de fièvre aseptique.

M. Schüller (de Berlin), a examiné le liquide d'articulations atteintes d'inflammation dans le cours de différentes maladies infectieuses : pneumonie, scarlatine, diphthérie, érysipèle, fièvre typhoïde, fièvre puerpérale, morve, etc. Il y a trouvé des bactéries de différentes espèces. Il en résulte qu'on ne peut regarder toutes les inflammations métastatiques comme spécifiques, et qu'il faudra déterminer par des investigations ultérieures quels éléments, parmi ceux qu'on trouvera, participent au développement des inflammations articulaires, et quels autres n'y ont aucun rapport.

La question de la résection des articulations tuberculeuses a provoqué une importante déclaration du professeur Kœnig (de Gœttingen). Ce chirurgien pense que l'ablation du foyer tuberculeux n'est pas capable de prévenir l'infection générale de l'organisme, mais, au contraire, que les manœuvres opératoires sont de nature à amener la dissémination des bacilles.

Quelques nouveaux modes de pansement ont été proposés. Celui de Bruns, au sublimé corrosif et à la laine de bois (Holzstoff), est composé de bois finement moulu dont on applique une couche sur la plaie, mais au-dessus d'une couche de laine de verre (Glasswolle), le tout imbibé d'une solution de sublimé. Ce pansement, qui rentre dans la catégorie des pansements rares, doit être, d'après l'auteur, surtout applicable pendant la guerre. Sur 557 opérations pratiquées à la clinique de Tubingue depuis janvier 1883

jusqu'à avril 1884, ce qui montre une activité chirurgicale singulière dans ce service, il n'y eut que dix morts. Sur 37 amputations des membres, 32 ont guéri par première intention; sur 30 extirpations de goître, 25 guérisons de même nature; sur 25 résections du genou avec excision de la synoviale, 22 résultats semblables. Il n'y eut qu'un érysipèle. A ce propos, Schede a dit que depuis plusieurs années, avec une entrée annuelle de 4,000 malades et un état journalier de 600 malades, il n'a pas eu un seul érysipèle dans ses salles. Il attribue ce résultat à l'emploi du sublimé,

M. Mikulicz emploie des tampons de sciure mêlée de 30 p. 100 de goudron; il en obtient des résultats excellents, mais il croit que le succès dépend plus de la manière dont on fait le pansement que de ce avec quoi on le fait. Il pense que le spray est inutile, que le sublimé est un excellent antiseptique, mais que, lorsqu'il peut être en contact avec de l'albumine, il faut lui préférer l'acide phénique.

Une discussion à propos du premier pansement sur le champ de bataille, dont M. de Lesser a réuni tous les éléments dans une sorte de cartouche, a failli tourner à l'aigre; heureusement M. Langenbeck, président, est parvenu à calmer les adversaires, MM. de Lesser et Starke.

M. Leisrink (de Hambourg) a vanté l'utilité et le bon marché des tablettes de mousse de tourbe; M. Küster, l'application des sutures profondes, surtout dans les opérations plastiques; elles amènent promptement la guérison, malgré même l'absence de tubes à drainage. Enfin, M. Zabludowsky a démontré que le massage rend plus vite que le repos la force aux muscles fatigués.

M. Julius Wolff (de Berlin) a fait une nouvelle communication sur la question qu'il étudie depuis 1870, relative aux transformations subies, sous l'influence de diverses altérations des os, dans la structure de leurs *lamelles* et *poutrelles* intérieures. MM. Partsch et Busch ont indiqué de nouveaux procédés de macération des os.

Les maladies des vaisseaux ont été l'objet de communications : de M. Mikulicz sur l'arrêt des hémorrhagies par la compression au moyen d'un instrument en forme de pince, dont chaque mors est garni d'un tampon; l'un de ces tampons est appliqué sur la plaie, l'autre sur le côté opposé du membre ou de l'organe; — de M. Bergmann sur une plaie de l'artère sous-clavière par instrument piquant, suivie d'un anévrysme dont la compression digitale amena la guérison; — enfin de MM. Madelung, Langenbeck et Starcke, sur l'extirpation des varices cirsoïdes des membres inférieurs.

Parmi les maladies chirurgicales de la tête, nous citerons un fait de perte de substance des os du crâne chez un garçon de 13 ans, survenue à la suite d'une chute faite dans l'enfance, par le docteur von Winiwarter; — un cas de rhinoplastie avec la peau du front, par M. Madelung; — un cas d'arrachement et de réimplantation d'une dent incisive pour périostite, par M. Bidder; trois ans après, la dent tomba, et l'on vit que sa racine avait complètement disparu; — enfin une communication importante de M. Albrecht (de Bruxelles) sur la valeur morphologique des fentes branchiales (fentes mandibulaires, labiales, faciales). M. Albrecht a développé encore la théorie qu'il soutient depuis plusieurs années, et d'après laquelle il existerait chez l'homme quatre os intermaxillaires; la fente palatine du bec-de-lièvre se formerait non pas entre l'os intermaxillaire et le maxillaire supérieur, mais entre deux intermaxillaires du même côté. Il en serait de même pour le bourgeon incisif médian. M. Kolliker a combattu de nouveau cette théorie qui paraît fondée cependant, puisque d'après M. Albrecht et M. Magitot, la fente du bec-de-lièvre se trouve toujours entre deux incisives, et non entre l'incisive latérale et la canine, comme cela aurait lieu si la monstruosité se produisait entre l'intermaxillaire et le maxillaire.

Une communication de M. Wagner (de Kœnigshütte) sur les luxations des vertèbres du cou, souleva une intéressante discussion à laquelle prirent part MM. Schede, Czerny, Volkmann, Lauenstein, Winiwarter et Nagel, qui ont cité des observations assez nombreuses (M. Wagner, 5; M. Lauenstein, 3, etc.). Les points examinés furent la difficulté du diagnostic en certains cas, la conduite à tenir en cas de paralysie; la possibilité de la guérison des accidents paralytiques. M. Wagner se prononce pour la réduction avec extension. Dans un cas de fracture transversale du corps de l'axis avec paralysie totale, la paralysie disparaissait chaque fois que l'extension était parfaite, et reparaissait quand elle cessait d'être efficace ou qu'on renouvelait l'appareil. La fracture se consolida, mais le malade mourut d'accidents provoqués par la contusion de la moelle.

M. Küster a cité ensuite un cas curieux de fracture de l'apophyse odontoïde de l'axis, suivie d'accidents divers par suite de la compression du bulbe au niveau du point d'origine de l'hypoglosse et du pneumogastrique. Il fallut mettre un appareil pendant un an et demi pour maintenir la tête en bonne position et dans l'extension; au bout de

cette période l'appareil devint inutile et M. Küster pense qu'il a fallu tout ce temps pour obtenir la consolidation de la fracture, M. Wagner a mentionné un cas à peu près analogue.

Les extirpations d'organes ont provoqué d'assez nombreuses communications.

MM. Hahn et Schede ont apporté, à propos de l'extirpation du larynx cancéreux, d'intéressantes statistiques.

D'après M. Hahn, sur 52 sujets ayant subi l'extirpation totale du larynx, 24 sont morts, tandis que sur 11 extirpations unilatérales, il n'y eut qu'un seul décès. L'extirpation totale a été suivie 14 fois de récidive, celle d'un côté, trois fois ; mais ces chiffres ne sont guère comparables entre eux, car il est évident que dans les cas où l'on fait l'extirpation totale, l'état local et général est bien plus grave. D'après M. Schede, sur les 32 premiers opérés, 16 moururent dans les premiers jours qui suivirent l'opération, et 13 dans les 9 mois suivants. Les 32 derniers opérés ont donné une statistique meilleure ; il y eut 8 morts après l'opération, 6 par suite de récidive dans les 9 mois, 3 par suite de maladies intercurrentes ; 15 étaient encore en vie. Tous deux se prononcent en faveur de l'extirpation partielle et de l'intervention précoce, à laquelle sont dus les bons résultats de cette opération.

M. Credé fils (de Dresde) et Baumgærtner (de Baden-Baden) ont extirpé un assez grand nombre de goîtres ; le premier en a enlevé 22 en 40 mois et le second 19 en un an, et toujours lorsqu'il y avait indication formelle. La France nous paraît privilégiée sous ce rapport, car les extirpations de goître sont loin d'y être aussi fréquentes. M. Credé fit l'extirpation totale dans les deux tiers des cas, et l'extirpation partielle dans un tiers ; 21 opérés sur 22 guérirent ; une jeune fille mourut de méningite, mais quelque temps avant l'opération elle avait été atteinte d'une affection cérébrale grave. Dans deux cas le goître entourait complètement la trachée.

Des dix-neuf opérés de M. Baumgærtner, trois sont morts ; chez les 16 qui ont guéri, 5 fois l'extirpation avait été partielle, 11 fois totale. Chez quatre de ces derniers, l'auteur a observé l'apparition consécutive de la cachexie pachydermique ; M. Credé ne l'a vue dans aucun cas. Kœnig l'a vue dans le seul cas qu'il ait opéré. M. Baumgærtner pense, comme Kocher, que la cachexie consécutive à l'extirpation du goître a pour cause un rétrécissement des voies respiratoires qui empêche l'oxygène d'y arriver en quantité suffisante.

M. Czerny a fait huit fois la résection de l'estomac, dont six pour cancer ; il eut trois guérisons, quatre morts immédiates et une récidive. En cas de diagnostic douteux, il conseille de faire une incision exploratrice qui fera souvent reconnaître, dit-il, que l'opération ne peut être achevée.

M. Rydygier a réséqué la première portion de l'intestin grêle chez un malade qui présentait les symptômes d'un rétrécissement du pylore. L'opéré a parfaitement guéri.

M. Neuber indique un nouveau procédé de suture de l'intestin bout à bout. On introduit dans l'intestin un tube d'os décalcifié et on fait les sutures par dessus ; l'os est parfaitement résorbé en quelques jours. Ce procédé, qui a pour but de mettre la plaie de l'intestin à l'abri du contact des matières fécales, a réussi trois fois chez l'homme.

M. Schede a fait la résection de l'intestin grêle pour carcinome. L'opéré guérit, mais neuf mois plus tard fut pris d'accidents d'obstruction pour lesquels on fit la gastrotomie. L'obstruction était causée par des adhérences consécutives à la première opération ; on fit un anus contre nature, mais l'opéré mourut de pneumonie.

Pour éviter le séjour des matières fécales dans le bout inférieur de l'intestin après la colotomie lombaire dans les cas de cancer du rectum, Madelung coupe l'intestin en deux, abouche le bout supérieur dans la plaie et ferme par des sutures le bout inférieur.

MM. Credé et von Hacker ont communiqué chacun un cas d'extirpation de la rate suivis de succès tous deux.

M. Grawitz (de Berlin) a fait d'intéressantes recherches sur les tumeurs graisseuses et adénoïdes du rein. Pour lui, ces tumeurs, qui sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit généralement, proviennent du tissu intermédiaire aux reins et aux capsules surrénales, et s'enfoncent ensuite peu à peu dans le tissu de ces organes. Leur structure n'est pas analogue à celle du rein, mais bien à celle des capsules surrénales.

La plupart des membres présents ont pris part à une discussion très animée sur le manuel opératoire, les indications et les résultats des résections de la hanche et du genou.

M. Neuber (de Kiel) a proposé quelques modifications ayant pour but d'assurer l'ankylose solide de ces articulations, qui, dit-il, doit être le résultat voulu de l'opération. Il va jusqu'à clouer les surfaces avivées du fémur et du tibia. Hahn (de Berlin) a em-

ployé 25 fois cette méthode depuis 1882. Volkmann et Kœnig pensent, au contraire, qu'il faut abandonner les opérations ayant pour but de produire l'ankylose, parce que les opérés ne se servent que difficilement de leur membre. Il faut, au contraire, tout faire pour créer de nouvelles articulations; sans doute la solidité du membre est moindre, et la claudication un peu plus grande que lorsqu'il y a ankylose, mais la persistance de la fonction est préférable. Chez l'enfant, Volkmann dit qu'il ne faut jamais réséquer le genou, mais se borner à extirper la synoviale, et Kœnig dit même que la résection du genou, chez les enfants au-dessous de 14 ans, est une faute grave.

M. Neuber répond qu'il faut avant tout se préoccuper de sauver la vie de l'opéré ; la conservation des fonctions du membre doit venir en seconde ligne. — Mais, dit Volkmann, aucun de mes opérés n'est mort. — Pardon, réplique Neuber, je sais de bonne source qu'à votre clinique, il meurt beaucoup de réséqués de la hanche. — C'est une erreur, répond Volkmann, on ne doit pas mettre à la charge de l'opération ceux qui meurent de tuberculose ou d'albuminurie !

Cette déclaration nous explique comment les statistiques du chirurgien de Halle sont si favorables à son active pratique.

M. Partsch (de Breslau) a fait un plaidoyer chaleureux en faveur de l'opération d'Ogston, qu'il a pratiquée 34 fois. Jamais l'opération n'eut de suites fâcheuses; dans deux cas, la scie se rompit, et une fois un fragment resta dans l'articulation, mais aseptique, et s'y enkysta. Pour Volkmann, cette opération ne doit plus avoir qu'un intérêt historique parce qu'elle est plus dangereuse que d'autres méthodes récentes. — Mais, objecte Partsch, l'excision cunéiforme de M. Volkmann n'est pas non plus sans danger, car on vient de publier un cas de la clinique de Halle où il survint, après l'opération, une gangrène de la jambe qui nécessita l'amputation de la cuisse. — C'est vrai, avoue Volkmann, mais le cas n'avait pas été bien traité.

Ceci ne peut d'ailleurs ressusciter la méthode d'Ogston, que son auteur lui-même, d'après M. Schede, aurait abandonnée.

M. Julius Wolff a présenté un certain nombre de pieds bots guéris sans opération, à l'aide de manipulations énergiques suivies de l'application d'un bandage qu'on renouvelle chaque jour pendant la première semaine, jusqu'à ce que l'enfant marche sur la plante du pied. Le traitement dure encore neuf mois.

M. Volkmann conteste ces résultats, qui lui paraissent en désaccord avec tout ce qu'il sait sur le pied-bot, sa résistance aux manœuvres et son traitement. Mais l'auteur maintient son dire et ajoute qu'il n'a jamais opéré sur des enfants ayant plus de 12 ans ; après cet âge, peut-être en effet la résistance des os serait-elle un obstacle insurmontable à sa méthode.

M. Küster a modifié l'amputation du métatarse en conservant le gros orteil, laissant ainsi au pied deux de ses points d'appui, et M. Mikulicz, la résection tibio-tarsienne en mettant le pied dans la direction de la jambe. Un opéré étant mort de tuberculisation pulmonaire, on put disséquer la région et étudier les résultats de l'opération, présentés par M. Haberern. M. von Adelmann propose d'appeler cette opération ostéo-plastoïde. C'est une sorte de *jambe de bois en vie*, mais on ne voit pas bien l'utilité du membre ainsi déformé, ni la supériorité de l'opération sur l'amputation de la jambe à la partie inférieure.

Signalons encore une observation de hernie diverticulaire intestinale, par M. Busch ; — une observation de guérison intra-utérine d'une fente abdomino-vésico-pubienne, par M. Sonnenburg; — des faits de paralysie radiale consécutive à une fracture de l'humérus, par MM. Czerny et Bidder; — la présentation d'un lithophone, par M. Davidson ; — d'un appareil pour l'extension du genou, par M. Bidder, et enfin d'un appareil de M. Schede pour fléchir cette articulation par la force.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1884.

La diminution de la mortalité cholérique continue à *Marseille* où, du 26 au 27, elle était de 36 décès, soit une diminution de 22 décès par rapport à celle des vingt-quatre heures précédentes; du 27 au 28, de 24 décès. — A *Toulon*, du 27 au 28, on a enregistré 21 décès, dont 15 dans les faubourgs, 3 en ville et 3 à l'hôpital Bon-Rencontre ; du 28 au 29, 21 décès, dont 1 seul dans la ville et les autres dans les faubourgs.

A *Aix*, l'épidémie augmente : du 27 au 28, on compte 5 décès cholériques; du 28 au 29, 7 décès et une morbidité de 10 nouveaux cas; du 29 au 30, en six heures, 2 décès. — A *Arles*, du 27 au 28, on a signalé 12 décès cholériques sur une mortalité générale de 17; du 28 au 29, 6 décès, et en douze heures, du 29 au 30, 6 décès.

Enfin, le 28 juillet, on enregistrait à *Béziers* 1 décès cholérique; — à *Milhos*, dans l'arrondissement de Saint-Gaudens, 3 décès : celui de deux femmes fugitives de Marseille et de leur mère qui, dit-on, avait lavé les hardes de sa fille; — à *Gap*, le cas d'un jeune homme émigré de Marseille; — enfin il y avait, à cette même date, 1 nouveau cas à *Tarascon*. — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 juillet 1884. — Présidence de M. A. Guérin.

La correspondance non officielle comprend :

1° Un pli cacheté adressé par M. le docteur Brondel (d'Alger) relatif à un nouveau mode d'application des courants continus. (Accepté.)

2° Deux modèles de *masque antiseptique*, l'un destiné à être appliqué sur le nez, l'autre sur le nez et la bouche, par M. le docteur Burq.

3° Un très grand nombre de documents relatifs au choléra. Sur la proposition de M. le Secrétaire perpétuel, ces documents sont renvoyés à la commission des épidémies.

4° Un mémoire de M. le docteur Apostoli relatif à un nouveau traitement électrique des fibromes utérins. (Comm. : MM. Tarnier, Guéniot, Verneuil.)

5° Une lettre de M. le docteur Netter (de Nancy), dans laquelle l'auteur proteste contre l'inhumation trop hâtive des cholériques ayant confirmation absolue du décès.

M. Larrey dépose sur le bureau diverses brochures.

M. Vulpian présente, de la part de M. le docteur de Cyon, un travail sur l'emploi des injections intra-veineuses d'eau oxygénée dans la période algide du choléra.

M. Brouardel presente, au nom de M. le docteur Wakefield (d'Aix-les-Bains), un travail relatif à la propagation du choléra.

M. Peter présente, de la part de M. le docteur Queirel (de Marseille), une note sur l'épidémie de Marseille et de Toulon.

Dans ce travail, l'auteur démontre que le choléra de Marseille a été importé par des voyageurs de Toulon ; Marseille, à son tour, a contaminé Arles, etc. A ce travail est annexé un plan de Marseille, indiquant les foyers successifs de l'épidémie.

— L'Académie procède par la voie du scrutin à l'élection d'un membre correspondant étranger dans la deuxième division.

La liste de présentation porte, en première ligne, M. Mac-Leod (de Glascow); en deuxième ligne, M. Deroubaix (de Bruxelles); en troisième ligne, M. Krassowski (de Saint-Pétersbourg).

Le nombre des votants étant de 54, majorité 28, M. Mac-Leod obtient 44 suffrages, M. Deroubaix 10.

En conséquence, M. Mac-Leod ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé membre correspondant pour la deuxième division.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le choléra.

M. Proust est heureux, en répondant à M. Jules Guérin, de constater leur accord sur certains points. Il accepte en effet que, pendant une épidémie, certains cas de choléra sont précédés d'une diarrhée qui a reçu le nom de prémonitoire ou de prodromique, et que cette diarrhée peut être le point de départ de certaines mesures de prophylaxie que M. Jules Guérin a été le premier à signaler sous le nom de système d'avertissement. Malheureusement les dissidences sont beaucoup plus nombreuses.

En ce qui touche à l'histoire des épidémies de Toulon et de Marseille, M. Proust rappelle les détails donnés précédemment par M. Brouardel sur les cas qui se sont produits à la *Division* à partir du 13 juin, c'est-à-dire sept jours avant ceux que M. Jules Guérin signale comme les premiers. La maladie, à Toulon, n'a pas débuté dans la ville, elle s'est montrée d'abord à la *Division*, sur les différents bateaux réunis en cet endroit; ce n'est que plus tard qu'elle a envahi la ville et qu'elle a affecté la marche progressive envahissante qu'on a vue depuis.

M. Proust ne croit pas que le choléra ait été apporté de la Cochinchine par la *Sarthe;*

cependant il fait remarquer que, le 9 juin, neuf matelots venant de Suez, Port-Saïd, etc., avaient été rapatriés par ce navire et furent dirigés sur la Division.

M. Proust explique pourquoi M. Brouardel et lui ont hésité longtemps à prononcer le nom de choléra asiatique. M. Léon Colin le leur a reproché en indiquant certains caractères qui, suivant lui, auraient pu permettre le diagnostic différentiel entre le choléra nostras et le choléra indien. Mais ces signes n'avaient rien de certain, et, sur le plus grand nombre des malades observés à Toulon, on constata que les selles, au lieu d'être riziformes, étaient bilieuses, ainsi qu'elles le sont dans le choléra nostras.

M. Proust rappelle ensuite, d'après les renseignements fournis par M. le docteur Trastour, les débuts de l'épidémie à Marseille. Le lycéen venu de Toulon et mort le 27 juin, les 4 malades atteints dans le voisinage pendant les trois jours suivants, etc., le tout formait un foyer, tandis qu'à peu près en même temps un second foyer se développait à 1,000 mètres environ de ce premier, autour d'un lieu où se tenait une foire fréquentée par les Toulonnais. Alors la maladie se dissémine un peu partout, mais les deux premiers se rattachent facilement à l'épidémie de Toulon.

M. Proust s'attache à réfuter les doctrines de M. Jules Guérin; il rappelle que son éminent collègue s'est trompé en 1868 quand il a prédit la venue du choléra d'après la fréquence des diarrhées saisonnières à cette époque.

En 1865, au contraire, les condition saisonnières étaient exceptionnellement favorables, les troubles intestinaux fort rares, et cependant le choléra se montra épidémiquement.

Enfin, en 1832, le choléra vint à Paris au mois de mars; on ne peut pas mettre en cause les grandes chaleurs et les troubles intestinaux qui les accompagnent.

A Toulon et à Marseille, au moment de l'épidémie actuelle, il n'existait pas de constitution médicale diarrhéique, et cependant le choléra a fait invasion dans ces deux villes.

Ainsi donc, pas plus cette fois pour les épidémies de Toulon et de Marseille que dans les épidémies précédentes, la théorie de M. Jules Guérin ne se trouve confirmée par les faits.

M. Proust expose ensuite les raisons qui lui font, contrairement à l'opinion de M. Jules Guérin, distinguer le choléra nostras du choléra asiatique. Il montre le choléra indien suivant, dans les diverses épidémies, une marche envahissante dont on peut déterminer les étapes successives.

Il termine en indiquant les mesures à prendre dans l'épidémie actuelle, mesures indiquées déjà dans l'instruction du Comité d'hygiène.

M. Ernest Besnier s'exprime ainsi : « Bien que la connaissance des maladies épidémiques importe à la fois à la vie des hommes et aux intérêts matériels des nations, l'étude de ces maladies n'occupe ni le rang ni la place qui leur appartient; l'enseignement officiel n'en a pas pris charge et nos Facultés de médecine, si richement dotées sur d'autres points, n'ont pas une seule chaire qui leur soit consacrée. Les professeurs de pathologie générale ou spéciale, qui ont implicitement mission d'enseigner les maladies épidémiques comme les autres, en traitent parfois accessoirement; mais ils ne peuvent s'y attacher d'une façon particulière, et ils laissent généralement à l'avenir le soin d'apporter quelque lumière au milieu des obscurités nombreuses qui concernent cette partie de la nosologie. »

L'orateur déplore que la science en soit encore à ne pas savoir distinguer pendant la vie, ni après la mort, un cas particulier de choléra vulgaire d'un cas de choléra d'*Asie*. « Nous ne savons rien, dit-il, sur la nature de l'agent qui le produit, pas plus que sur la voie réelle d'introduction, ni sur le système anatomique qu'il lèse primitivement et spécifiquement. Nous ignorons au même titre le mode et les temps d'évolution du germe morbide dans les choses ou dans les individus, et lorsque son action s'efface, nous ne trouvons rien de constant, dans les circonstances particulières à ces individus ou aux objets extérieurs, qui puisse nous aider à comprendre. »

Après avoir fait ressortir les divergences d'opinion entre M. Fauvel et M. Jules Guérin, M. E. Besnier expose que trois opinions principales sont en présence sur la question de savoir si les affections qui portent le nom générique de choléra sont des *espèces* véritablement distinctes, c'est-à-dire ayant une *nature* différente, ou bien, au contraire, si elles ne sont que des *variétés* d'une espèce unique.

Dans la première opinion, qui est la plus répandue, il y a deux espèces de choléra, l'une, ubiquitaire et existant de toute antiquité, est une affection saisonnière, déterminée par des conditions banales de météorologie et de bromatologie; c'est le choléra commun ou vulgaire, choléra morbus des anciens; l'autre a une origine miasmatique localisée en un point déterminé du globe; elle n'y a éclaté dans toute son intensité que dans l'époque moderne et c'est depuis le commencement du XIXe siècle seulement qu'elle

a été transportée loin du foyer primitif par les hommes et par les choses, et qu'elle y a constitué des *foyers secondaires* quelquefois très puissants, mais toujours éphémères ; c'est le choléra d'*Asie*. L'une est une affection individuelle, elle peut se terminer par la mort, mais exceptionnellement, elle n'est pas transmissible; l'autre ne se produit que sous l'action de l'agent spécifique, sa léthalité est considérable, elle est certainement transmissible.

Dans la seconde opinion, il n'y a jamais eu et il n'y a qu'une espèce de choléra; les variétés et les épidémies qu'il présente résultent de modifications météorologiques et individuelles dont la réunion est exprimée par le terme de constitutions médicales; les individus atteints dans un même lieu le sont sous l'influence épidémique, et non par transmission spécifique; la contagiosité de la maladie est niée ou acceptée à titre accessoire seulement.

La troisième, enfin, consiste à déclarer qu'il peut naître de conditions d'insalubrité banale une maladie épidémique absolument semblable au choléra d'*Asie*, mais qui en différerait par sa localisation, sa stérilité, sa bénignité.

M. Besnier se rattache à la première opinion, qui est l'opinion classique. Cette opinion repose sur ce fait indiscutable que, dans la période préasiatique de nos annales épidémiologiques, c'est-à-dire avant 1832, le choléra transporté et transmissible n'existe pas.

Dans toutes les épidémies décrites par les anciens auteurs, la maladie a toujours été locale; jamais elle n'a pris les allures des grands fléaux de l'humanité. Or, ce qui était vrai au XVII[e] siècle l'est encore au XIX[e], et les deux maladies restent toujours absolument distinctes, malgré leurs analogies symptomatiques, l'une saisonnière, individuelle, bénigne au plus haut degré, l'autre irrégulière, intermittente, procédant par localisation, à la manière des véritables fléaux de toutes les époques. Le choléra vulgaire ou le choléra *saisonnier*, pour l'appeler exactement par son nom (les noms de choléra *nostras* ou de choléra *sporadique* sont impropres), n'est jamais une maladie qui tue, à la fois, dans le même moment, à la même heure et dans le même lieu, une série associée de malades.

Si l'on prend la statistique parisienne depuis l'année 1875, époque à laquelle commence véritablement la série des documents comparables, on arrive, pour une période de huit années, sur une population de 2,300,000 habitants, à un total de 117 décès par choléra vulgaire, soit 14 par année moyenne.

Lorsque les conditions météorologiques et bromatologiques qui donnent naissance au choléra commun se trouvent réalisées, l'affection s'observe au même moment et d'une manière semblable dans les diverses localités comparables d'une même zone régionale, atmosphérique ou climatologique; on ne voit pas certaines localités devenir le siège privilégié d'épidémies autochthones qui s'étendent progressivement à la manière de ce que l'on appelle vulgairement la tache d'huile. L'insalubrité d'un lieu est incapable de la produire. L'insalubrité de Toulon et de Marseille ne doit donc pas être accusée d'avoir produit l'épidémie actuelle. On ne comprend pas l'hésitation et le trouble répandus aujourd'hui, dans l'esprit public, et même parmi les médecins, au sujet de l'origine vraiment exotique ou extérieure du choléra grave et extensif.

L'orateur passe en revue les épidémies antérieures et les suit étape par étape pour montrer l'inanité de l'opinion des partisans de l'origine autochthone du choléra. L'argument de M. J. Guérin relatif à la survenance des attaques de la maladie sur des points différents et même éloignés, et cela au début même de l'épidémie, ne lui paraît pas avoir une valeur absolue. Il faut compter avec la période d'*incubation* des germes morbides, période très variable pendant laquelle se fait la dissémination des germes. Toulon a contaminé Marseille qui a contaminé Aix, Arles, etc.; les dates des explosions locales sont les meilleurs éléments de la chronologie cholérique. L'orateur combat l'opinion de M. Fauvel attribuant l'épidémie de Toulon et de Marseille à des influences purement locales.

Quant à la *diarrhée prémonitoire* de M. J. Guérin, elle n'est pas constante et de nombreuses statistiques montrent qu'elle peut manquer dans la moitié des cas et même davantage. Les cas foudroyants sont absolument incontestables. La diarrhée est un phénomène qui appartient assez constamment à la première période du choléra pour qu'elle en constitue le prodrome véritable et qu'on doive la dénommer diarrhée prodromique. Il y a en outre un intérêt de premier ordre, dans l'ignorance où nous sommes des moyens de distinguer la diarrhée prodromique du choléra, à surveiller avec grand soin toutes les diarrhées qui existent en temps de choléra et à les arrêter. Mais il est erroné d'affirmer que les diarrhées traitées à temps peuvent être maintenues à l'état simple dans une proportion aussi excessive que l'a indiqué M. Jules Guérin.

Pour le choléra, comme pour toutes les autres maladies, il y a des sujets qui sont véritablement marqués d'avance, et qui succombent avec rapidité malgré les soins les plus immédiats et malgré l'attention la plus éclairée.

En résumé, la diarrhée est le plus habituellement le prodrome du choléra, elle peut par conséquent être considérée comme un phénomène prémonitoire en temps d'épidémie cholérique. Il y a un intérêt majeur à n'en négliger aucune, et il est vraisemblable que l'on peut, dans un certain nombre de cas, enrayer une intoxication cholérique commune. Mais cela n'est pas démontré scientifiquement et ne le sera que lorsqu'on saura distinguer les diarrhées simples des diarrhées prodromiques proprement dites.

Enfin cette diarrhée manque quelquefois, et son absence ne doit pas en temps d'épidémie inspirer une sécurité qui pourrait être trompeuse.

M. Besnier termine en formulant le vœu de la création d'une chaire d'épidémiologie dans toutes les facultés de la République. (Applaudissements.)

— La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 juillet 1884. — Présidence de M. Bucquoy.

Sommaire : *L'eau dans les hôpitaux. — La syphilis et le choléra. — Allocution du Secrétaire général aux obsèques de M. Rathery. — Présentations diverses. — Le diagnostic du cancer de l'estomac.*

M. Martineau, revenant sur la question des mesures hygiéniques à prendre dans les services hospitaliers en vue d'une épidémie, demande à ses collègues de s'enquérir de la provenance de l'eau fournie aux malades des hôpitaux. Il résulte de l'enquête que M. Martineau a faite à Lourcine, que c'est non pas la Vanne, mais le canal de l'Ourq qui alimente l'hôpital ; il va sans dire que cette eau, qui ne présente que des garanties insuffisantes de salubrité, n'est plus délivrée aux malades qu'après avoir été bouillie, conformément aux prescriptions du Comité d'hygiène.

M. Martineau s'occupe, d'autre part, de la question de savoir si le mercure met à l'abri du choléra les syphilitiques en traitement. Les faits que M. Martineau a recueillis ne sont pas favorables à l'opinion qui met le bi-iodure au nombre des désinfectants les plus énergiques que nous ayons à opposer aux germes infectieux. Pendant l'épidémie de 1849, sur 9 cas intérieurs de choléra suivis de mort, 8 se rapportaient à des syphilitiques traités par le mercure. Le même fait s'est reproduit pendant l'épidémie de 1865-66, durant laquelle on avait affecté aux cholériques deux salles d'où la maladie s'était répandue dans l'hôpital, frappant dans une proportion considérable les syphilitiques en traitement.

M. Dujardin-Beaumetz considère la syphilis comme une circonstance d'aggravation non seulement dans le choléra, mais encore dans la fièvre typhoïde. Il a toujours remarqué que les typhiques qui lui venaient du Midi ou de Lourcine étaient dans des conditions tout particulièrement fâcheuses ; un dicton en cours à Cochin veut qu'un syphilitique à la première période, s'il est atteint de fièvre typhoïde, soit un homme condamné. Quant à l'action du bi-iodure, M. Beaumetz pense qu'il faut distinguer entre l'effet produit par un antiseptique mis directement en contact avec le microbe *in vitro* et celui qu'on pourra attendre du conflit de l'agent antiseptique et des microbes dans l'organisme. De ce que le sublimé détruit la virulence d'un liquide tuberculeux, il ne résulte pas que le sublimé introduit dans l'économie mette à l'abri de la tuberculose.

M. Bucquoy confirme l'opinion de M. Beaumetz relativement à la gravité des cas de fièvre typhoïde survenant chez des syphilitiques ; il pense que le défaut de soins que nécessite leur état au début des accidents n'est peut-être pas étranger à l'intensité fréquente du mal.

M. Féréol dit que le fait de la gravité du choléra chez les syphilitiques a été souvent constaté ; quant à la fièvre typhoïde, M. Féréol a vu assez de cas de guérison de typhiques atteints de syphilis pour pouvoir atténuer la proposition de MM. Bucquoy et Beaumetz dans ce qu'elle a de trop rigoureux.

— M. Desnos donne lecture du discours qu'il a prononcé aux obsèques de M. Rathery au nom de la Société médicale des hôpitaux. Après avoir retracé les lignes principales de sa vie, ses débuts brillants, ses succès rapides aux concours, sa noble conduite pendant la guerre, ses travaux au sein de la Compagnie, dont il suivait assidument

les séances, l'orateur rend hommage aux qualités d'esprit, de volonté et de cœur du défunt.

— M. Vallin présente un filtre de M. Chamberland, qui lui semble pouvoir être employé avec avantage dans les services hospitaliers de Paris. Ce filtre n'est autre que celui dont se sert M. Pasteur pour filtrer les liquides charbonneux, avec quelques modifications pour les usages domestiques. On peut facilement le démonter et le purifier en le passant à la flamme du gaz. C'est l'avantage qu'il présente sur le filtre à charbon, dont le nettoyage est long et compliqué.

— M. Beaumetz présente à la Société un cas d'interposition des viscères. Le sujet n'est pas gaucher. C'est à l'occasion d'une pleurésie, la perception des bruits du cœur à droite persistant après la guérison du malade, que le fait a été noté.

M. Bucquoy a aussi observé une femme qui appelait elle-même l'attention sur l'interposition du cœur et du foie dont elle se rendait parfaitement compte.

M. Beaumetz fait une communication sur le *diagnostic du cancer de l'estomac*. Il montre à quel point ce diagnostic est embarrassant au triple point de vue de la dénomination du cancer, de la durée de la maladie, de la confusion possible avec la dilatation stomacale.

En effet, si les progrès de l'histologie ont permis de classer les variétés cancéreuses les plus diverses, la clinique a été loin de suivre une marche parallèle, et lorsqu'il s'agit de tumeurs internes, il est rare que le diagnostic différentiel soit possible.

Quant à la durée de la maladie, on a assigné comme terme minimum un mois et trente-six mois comme terme maximum. Or, d'après M. Beaumetz, ce dernier chiffre reste bien en deçà de la vérité. Des observations qu'il a faites à ce sujet, il résulte que des cancers de l'estomac ont duré trois, quatre, dix ans. Ce dernier se rapporte à un malade qui avait été traité pour une ulcération de l'estomac, et chez qui l'on trouva, après une période de dix ans, un superbe cancer à l'autopsie.

La question devient des plus délicates lorsqu'il s'agit du diagnostic avec la dilatation stomacale, sur laquelle Duplay père a fait un travail très complet, trop oublié de nos jours. Le sexe et l'âge ne sauraient entrer en ligne de compte. Les hommes sont plus souvent atteints du cancer de l'estomac que les femmes; la même disposition se retrouve pour la dilatation. De même, c'est vers l'âge de 40 ans que se déclare la diathèse cancéreuse; c'est aussi le moment de la vie où l'alcoolisme détermine le plus souvent la dilatation stomacale. Quant à la cachexie, la proposition de Quesnel que tout homme cachectique, atteint d'une affection chronique de l'estomac, a un cancer, ne peut plus être soutenue aujourd'hui. Il n'est pas jusqu'au signe de Trousseau, l'œdème douloureux, qui ne se présente aussi dans la dilatation de l'estomac.

En face des symptômes locaux, nous retrouvons les mêmes difficultés.

La douleur n'est qu'un élément médiocre du diagnostic, bien qu'elle ait fait, à un moment donné, le sujet d'une thèse.

Les vomissements noirs, marc de café, qu'il y a trois ans encore on regardait comme caractéristiques du cancer, se retrouvent aussi souvent dans la dilatation soit chez l'homme, soit chez les animaux, chez qui l'ingestion de doses mortelles d'alcool, tolérées grâce à la strychnine, amène tous les signes de la dilatation.

Quant à la tumeur elle-même, l'induration due à l'épaississement de la paroi stomacale peut en imposer pour un cancer. La méthode allemande, qui consiste à dégager un mélange gazeux dans l'estomac et à conclure au cancer du pylore, dans le cas où le gaz passe du côté de l'intestin au lieu de distendre la poche stomacale, cette méthode est pratiquement inapplicable.

Les modifications que le cancer doit faire éprouver au suc gastrique ne sont pas non plus déterminantes pour le diagnostic.

M. Beaumetz insiste sur un autre signe qui lui semble devoir apporter quelque lumière dans la question. M. Rommelaere calcule la quantité d'urée rendue par le malade dans les vingt-quatre heures. D'après les moyennes obtenues, 8, 9, 10 grammes pour des cancers de l'estomac et du foie, M. Rommelaere en est arrivé à considérer comme un signe distinctif d'une tumeur maligne un chiffre inférieur à 10. M. Beaumetz a repris ces expériences et est arrivé aux mêmes conclusions : dans le cancer, un nombre inférieur à 10; dans l'ulcère, un nombre supérieur à 15. Cette méthode n'est pas cependant à l'abri de toute erreur, ainsi que le prouve le cas d'une malade de M. Beaumetz chez qui le chiffre de 3 grammes d'urée avait permis d'affirmer le cancer, alors qu'on trouvait un kyste hydatique à l'autopsie. M. Beaumetz appelle, en finissant, l'attention de ses collègues sur le fait de Rommelaere, qui demanderait à être étudié de plus près et expliqué.

— M. Damaschino présente, au nom de M. Camarol, un travail destiné à compléter le mémoire déposé il y a deux ans déjà par le même auteur *Sur le distoma hæmatobium*. Les observations et les préparations microscopiques qui les accompagnent ont trait à des cas de distoma du rein et du foie.

Faculté de médecine de Paris.

Thèses de doctorat du 1er au 2 août 1884.

Vendredi 1er août. — M. Kh'ntiriann : De l'embryotomie au point de vue des souffrances qu'elle cause au fœtus et des moyens de les lui éviter. (Président : M. Tarnier.) — M. Bessière : De l'insertion filamenteuse du cordon. (Président : M. Tarnier.) — M. Courtade : De la grossesse et de l'accouchement chez les primipares âgées. (Président : M. Tarnier.) — M. Caron : Des complications du cancer de l'utérus. (Président : M. Charcot.) — M. Levillain : Essai critique sur les progrès réalisés par la physiologie expérimentale et la méthode anatomo-clinique des fonctions dans l'étude du cerveau. (Président : M. Charcot.) — M. Ricoux : Traitement chirurgical de la névralgie rebelle et d'origine périphérique du nerf dentaire inférieur. (Président : M. Trélat.) — M. Ducasse : De la lithotritie chez l'enfant. (Président : M. Guyon.) — M. Leprevost : Des cystites blennorrhagiques. (Président : M. Guyon.) — M. Branthomme : Traitement chirurgical de la pleurésie purulente chez les enfants. (Président : M. Potain.) — M. Fleurot : Action de la digitale dans les maladies du cœur. (Président : M. Damaschino.) — M. Ferrier : Les névralgies réflexes d'origine dentaire. (Président : M. Damaschino.)

Samedi 2. — M. Odile : Des kystes hydatiques de la base du crâne. (Président : M. Hardy.) — M. Grouillard : De la gangrène des extrémités au cours des néphrites chroniques. (Président : M. Peter.) — M. Vinet : Du cancer de la plèvre. (Président : M. Peter.) — M. Prieur : Du cathétérisme aseptique dans les hôpitaux d'accouchements. (Président : M. Pajot.) — M. Turquet : Étude du bassin infantile considéré au point de vue de la forme et du rapport entre les diamètres du détroit supérieur. (Président : M. Pajot.) — M. Bernard : Contribution à l'étude des paralysies puerpérales d'origine éclamptique. (Président : M. Pajot.) — M. Grange : Contribution à l'étude du mécanisme de la mort par les courants électriques intenses. (Président : M. Brouardel.) — M. Soyer : De l'emploi du chloroforme dans la trachéotomie. (Président : M. Brouardel.)

COURRIER

Légion d'honneur. — Par décret en date du 12 juillet, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. Le Fort, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris ; le docteur Dumontpallier, médecin des hôpitaux de Paris ; le professeur Tourdes, doyen de la Faculté de médecine de Nancy.

Au grade de chevalier : MM. le docteur Garny, vice-président du Conseil général d'Alger le docteur Fernet, médecin des hôpitaux de Paris ; le docteur Javal, directeur du laboratoire d'ophthalmologie à la Sorbonne ; le docteur A. Tahère, médecin inspecteur des enfants du premier âge pour le canton de Tilly-sur-Seulles ; le docteur Brière, médecin de l'hospice d'Évreux ; le docteur Duburque, médecin de l'hospice de Casteljaloux ; le docteur Blatin, professeur suppléant à l'École de médecine de Clermont-Ferrand ; le docteur Dufraigne, ancien chirurgien en chef de l'hospice de Meaux ; le docteur Joyeux, médecin de l'école normale de Mirecourt ; Dastre, professeur suppléant à la Faculté des sciences de Paris ; le docteur Paquelin (de Paris) ; d'Arsonval, directeur du laboratoire de physique biologique au Collège de France ; Rey, médecin à Saint-Denis (Lot) ; Mme Nonat (en religion sœur Marie-Ambroise), attachée à l'hospice de Tours ; M. Bourrel, vétérinaire à Paris (collaborateur de M. Pasteur).

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

Extrait du livre (sous presse) « De la phthisie bacillaire des poumons »

Par le professeur G. Sée.

1re CATÉGORIE. — DES PHTHISIES DOUTEUSES A L'AUSCULTATION

L'auscultation, dans la première période de la phthisie, se traduit par des modifications douteuses du murmure vésiculaire, et, un peu plus tard, par des râles bronchiques, dont le foyer principal est aux sommets des poumons.

AUSCULTATION EN GÉNÉRAL

I. *Murmure respiratoire normal.* — Il s'agit, pour pouvoir apprécier la nature des altérations de la respiration, de bien préciser en quoi consiste le murmure vésiculaire, et comment il se produit. En auscultant un poumon sain, on entend sur tous les points du thorax un bruit spécial, qu'on peut imiter en serrant les lèvres, et en attirant l'air dans la bouche avec quelque force, ou bien encore en prononçant à ce moment les consonnes *b*, *v*, *f*; c'est ce qu'on appelle le murmure vésiculaire. En général, on ne le perçoit que pendant l'inspiration; lors de l'expiration, il se produit un bruit respiratoire indéterminé ou légèrement soufflant, de manière à se rapprocher de ce que nous étudierons sous le nom de respiration bronchique.

a. *Mécanisme physique du murmure vésiculaire. Théorie du frottement.* — Laënnec, en découvrant l'auscultation, décrivit si exactement le murmure respiratoire, qu'il sembla du premier coup en avoir compris et formulé le mode de production. Il attribuait le phénomène au frottement du courant d'air inspiré contre la paroi des bronches terminales et des infundibula; on l'appelait alors vésiculaire, parce qu'on le supposait produit dans les alvéoles, qu'on appelait cellules ou vésicules. Skoda, Wintrich se rallièrent à cette manière de voir, qui cependant n'est pas prouvée expérimentale-

FEUILLETON

CAUSERIES

Sur la nomination des médecins du Bureau de bienfaisance. — On demande le concours sur titres. — A propos des statistiques. — Les diagnostics fantaisistes des médecins. — Histoire d'un livre perdu.

L'*Union médicale*, ici présente, a publié il y a quelques semaines, sur le mode de nomination des médecins du Bureau de bienfaisance de notre bonne ville de Paris, un article qui certainement n'a pas manqué d'attirer l'attention de nos lecteurs.

Je ne me serais pas hasardé à aborder à mon tour cette question, moi indigne, si je n'avais reçu d'un de nos confrères, d'un arrondissement dans lequel vient d'avoir lieu une nomination à une place de médecin du Bureau de bienfaisance, une lettre adressée à ce bon docteur Simplissime (ce confrère est jeune à coup sûr, puisqu'il a encore l'illusion de me croire bon). Ici je mets un point, car sans cela ma phrase n'en finirait pas, et on la prendrait pour une phrase d'allemand, ce qui serait une injure, ou, ce qui serait une injustice, pour une phrase de feu M. Villemin, en deux volumes.

Bref, puisque je cause, je ne suis pas tenu de soigner mon style ni mes phrases, mais je voulais dire cependant que cette lettre me signalait, à propos de cette élection, des faits qui ne sont pas sans m'inspirer quelques réflexions que je crois bon de communiquer aux médecins de Paris qui, un jour ou l'autre, se trouveront dans la nécessité de

ment. Loin de là, le frottement d'une colonne d'air contre la paroi interne des voies aériennes est tout simplement une impossibilité physique. L'air atmosphérique ou un gaz quelconque venant à passer par un tube (soit le tuyau bronchique), si on suppose que cet air mis en mouvement se décompose en une série de couches concentriques, on peut s'assurer de ce fait, que c'est précisément la couche la plus excentrique qui est au repos; la couche qui est immédiatement en contact avec la paroi interne du tube, ne subit presque pas de déplacement par suite de la forte adhérence qui s'établit entre l'air et le tuyau; au contraire, les couches plus internes se pressent pour progresser, et avec d'autant plus de rapidité, qu'elles se rapprochent plus du centre du tube.

b. *Théorie du remous.* — Lors du passage de gaz dans un tuyau, il ne se développe de bruit que dans deux conditions, à savoir : 1° lorsque le courant s'accélère outre mesure; 2° ou bien lorsque la lumière du vaisseau subit en un point quelconque un rétrécissement ou une dilatation subite. Mais même dans ces deux conditions il ne se produit pas encore un frottement perceptible à l'audition entre la paroi du tube et le gaz; ce qui détermine alors le bruit, c'est le remous du gaz. Les circonstances indiquées contribuent à rendre le courant gazeux irrégulier au point de produire un tourbillon aérien, ce qui, en acoustique, est le point de départ d'un véritable bruit (Eichhorst). La rapidité du courant ne suffit pas, à elle seule, pour produire le phénomène; il faudrait, d'après Halbertma, une vitesse de 1,200 millimètres en une seconde; or, dans les bronches de gros calibre, il est à peine de 700 millimètres par seconde; dans les petites bronches et dans les alvéoles il est bien plus lent; il en résulte la nécessité absolue du trouble aérien provoqué par une région rétrécie; la respiration vésiculaire n'est donc qu'un bruit de rétrécissement.

c. *Origine du murmure vésiculaire* — Il s'agit de savoir où est ce point rétréci, et d'où part le bruit. Ce n'est pas dans les bronches, car, quand même elles se divisent et se rétrécissent vers la périphérie, ce rétrécissement a lieu d'une manière *graduelle;* ce sont des tuyaux qui se comportent comme s'ils étaient d'un calibre uniforme. Le rétrécissement n'a lieu subitement que dans deux points des voies respiratoires : à l'entrée des infundibula, et, d'une autre part, en deçà du larynx dans la région des cordes vocales vraies.

---

nommer un de leurs confrères à la place très enviée, quoique peu enviable, d'après moi, de médecin des Bureaux de bienfaisance.

Voici les faits :

Cette élection, tout comme s'il s'était agi d'une élection au Conseil municipal, départemental, général, etc., a été l'objet de circulaires, d'affiches sur les murs, de visites, d'intrigues, de réunions préalables, que sais-je encore? Bref, les médecins dudit arrondissement (je crois que je ne l'ai pas nommé, mais que ce soit le Ier, le Ve, le Xe, le XVe ou le XXe, peu importe), ces médecins, dis-je, ont reçu d'abord une circulaire de la Société médicale dudit arrondissement, signée du président et des membres du bureau, et les invitant à voter pour M A... Puis une autre circulaire de M. B..., candidat à la place vacante, disant qu'on l'avait éliminé de la liste parce qu'il était déjà médecin inspecteur des écoles de l'arrondissement, et qu'on ne voulait pas favoriser le cumul dans un arrondissement éminemment démocratique, et démocratique depuis le plus jeune des écoliers jusqu'au dernier nommé de ses députés; mais que si on l'avait éliminé, c'était sans raison valable, vu que cinq environ des membres de la Société médicale de l'arrondissement étaient à la fois médecins du Bureau de bienfaisance et inspecteurs des écoles. Donc, il fallait voter pour lui. Et qu'arriva-t-il à l'élection? C'est que, ni M. A... ni M. B... n'étant connus de la majorité des médecins de l'arrondissement, un troisième... — je ne dirai pas larron, car c'est un confrère très honorable et que j'estime beaucoup — confrère fut nommé à une majorité écrasante.

Et nunc erudimini.

Les partisans de M. A..., membres de la Société médicale de l'arrondissement, furieux du peu de succès de leur circulaire, ont tout fait pour faire annuler l'élection. Ils ont

Or, les infundibula sont trop petits pour devenir le siège d'un remous susceptible d'être entendu. Baas a expérimenté les tubes du plus petit calibre sans résultats. Reste donc le larynx; là les cordes vocales font une saillie brusque dans la cavité laryngienne, de sorte que l'air est forcé de passer par la fente étroite de la glotte. Au-dessous des cordes vocales l'espace s'élargit à nouveau pour recevoir l'air; c'est là que se fait le tourbillon et par conséquent le bruit.

Du larynx le bruit se répand facilement au poumon ; le courant d'air se dirige de ce côté, et de plus les bronches constituent un système clos, qui favorise singulièrement la transmission du son, à la façon du tuyau de conduite qui permet d'entendre la parole basse à 1,000 mètres (expérience célèbre de Biot). Mais, en se propageant vers le thorax, il change de nature; au niveau du larynx, il offre un caractère soufflant; sur les poumons, il présente des propriétés nettement aspiratoires. Ce n'est pas dans les grosses bronches que cette transformation a lieu, car on y entend parfois une respiration bronchique très nette ; il ne reste plus qu'à admettre la participation des alvéoles et des bronchioles dans la métamorphose du bruit bronchique en bruit vésiculaire. Cette théorie, qui n'est que celle de Chauveau et Bondet légèrement modifiée, se trouve bien exposée par Eichhorst, lequel ne prononce pas les noms des auteurs français.

Il est une preuve expérimentale très simple de l'action du tissu pulmonaire; si, à l'exemple de Penzoldt, on couvre le larynx d'un corps privé d'air, un fragment de foie à la place d'un segment de tissu pulmonaire, on entend, dans le premier cas, un souffle bronchique ; dans le deuxième cas, la respiration vésiculaire; or, dans cette dernière circonstance, ce n'est pas l'air, c'est bien le parenchyme pulmonaire qui opère la transformation, car l'auscultation du bruit laryngé à distance, à travers l'air, ne donne pas le signe de la respiration vésiculaire; c'est le tissu pulmonaire constamment distendu par l'air, qui, recevant un nouveau contingent, devient le siège d'une nouvelle agitation de la colonne d'air, et, par conséquent, du bruit de murmure vésiculaire.

d. *Synchronisme du murmure respiratoire.* — Le murmure vésiculaire a lieu seulement à l'inspiration; pendant l'expiration, on ne perçoit rien ou qu'un très léger susurrus. Ici le courant d'air expiré vient se heurter de bas en haut contre les cordes vocales, et le remous se fait au-dessus; donc

---

envoyé à M. le préfet de la Seine une pétition dans laquelle se trouvent, paraît-il, des arguments capables, si la gaîté est, comme on le dit, un excellent anti-microbique, d'éloigner à tout jamais le choléra dudit arrondissement. C'est là certainement un résultat auquel n'ont pas songé les médecins de cet arrondissement, qui se sont ainsi privés des honoraires que leur aurait valu l'apparition du choléra dans leur clientèle, mais ce résultat m'a en outre inspiré quelques réflexions plus sérieuses touchant le mode de recrutement des médecins du Bureau de bienfaisance, réflexions que je vais avoir l'honneur de vous exposer.

***

Je dois dire tout d'abord que, contrairement à l'opinion du collaborateur qui a examiné la question avant moi dans ce journal, et dans des termes certainement meilleurs que les miens, je suis pour le concours. Mais il y a concours et concours, et je ne demande ni sept épreuves, ni cinq, ni trois, ni même deux, mais une seule épreuve, et voici laquelle :

Les médecins d'un même quartier se connaissent en général plus ou moins, — je crois que c'est moins que plus, — et je ne fais pas de ce renseignement une question banale. Arrive une place à prendre dans le quartier : médecin de l'état civil, du Bureau de bienfaisance, d'inspection des écoles. Je demande le concours. On a prétendu que cela entraînerait des frais, des visites multiples, que ce serait un concours de *sous-bureau central*! Cela ne m'importe guère et je ne suis pas embarrassé pour réfuter ces arguments. Sous-bureau central! ceci est un mot, et rien de plus. En France, à Paris surtout, on ne se paie que trop de mots, et il serait bien temps de renoncer à cet esprit

toutes les conditions de production du murmure expiratoire sont défavorables; le courant d'air provenant de l'affaissement des vésicules qui se vident, doit naturellement, par sa faiblesse ou son intensité, modifier la production du bruit supérieur.

e. *Signification du murmure vésiculaire.* — Maintenant que nous savons que le murmure vésiculaire se produit en partie dans les bronchioles et dans le tissu alvéolaire, il faut cependant se garder de conclure que, chaque fois qu'on entend le murmure respiratoire, le parenchyme doit être forcément à l'état sain. Lorsque le poumon contient de petits foyers morbides disséminés, dès l'instant qu'ils laissent entre eux du parenchyme sain, l'inspiration vésiculaire peut rester normale; c'est ce qu'on voit dans la granulie.

II. *Modifications physiologiques du murmure vésiculaire.* — Ces modifications peuvent être classées sous diverses rubriques, telles que : 1° l'intensité du murmure; 2° la respiration saccadée; 3° l'expiration prolongée.

Différences physiologiques de l'intensité du murmure respiratoire.

a. *Influence des forces inspiratoires.* — La force d'inspiration a une influence telle sur l'intensité du murmure vésiculaire, que, si l'inspiration est superficielle et lente, le murmure inspiratoire peut perdre entièrement son caractère vésiculaire. Réciproquement, les mouvements respiratoires accélérés et en même temps énergiques peuvent exagérer la force du bruit; c'est ce qui a lieu pendant les inspirations profondes qui succèdent à un effort expiratoire de la toux. Les alternatives de force et de faiblesse du murmure inspiratoire s'observent très bien dans la série ascendante et descendante de la respiration dite de Cheyne-Stokes. La colonne d'air dans tous ces cas subit un remous plus ou moins actif et complet.

b. *Transmissibilité.* — L'épaisseur des parois thoraciques interposées entre l'oreille et le poumon exerce une influence évidente sur la perceptibilité, c'est-à-dire sur la force apparente du murmure vésiculaire; il est inutile d'insister sur ce point. Il est même des régions du thorax qui assourdissent le son par leur épaisseur.

c. *Conséquences pour l'âge, le sexe, les régions thoraciques.* — La minceur des parois, chez les enfants, et la rapidité de la respiration déterminent ce

---

funeste. La médecine vit de faits matériels, et non de mots plus ou moins spirituels. Je continue :

Chaque place rapporte de 800 à 1,500 francs par an au titulaire; il ne sera donc pas ruiné, si, pour essayer de l'acquérir, il dépense 25 francs. Or, ces 25 francs, je désire qu'il les emploie à faire imprimer un exposé de titres qu'il distribuera aux 50 ou 60 médecins de son arrondissement, qui ainsi sauront à qui ils ont affaire; tandis que le candidat, de son côté, s'évitera ainsi les visites qu'il se croit obligé de rendre aux électeurs, perdant ainsi leur temps, et le plus souvent le sien. Avant l'élection, qui aura lieu à jour et à heure fixes, les médecins de l'arrondissement, bien et dûment convoqués par le maire, — ceci a son importance, — se rendront à la mairie, et là, devant eux, chaque candidat, — il y en a en général trois ou quatre, ce qui ne nécessitera pas une grande perte de temps, — dira ce qu'il est, ce qu'il a fait, avec preuves à l'appui, et les médecins convoqués voteront ainsi en connaissance de cause.

Et j'aime à croire que, lorsqu'un ancien interne des hôpitaux briguera l'honneur d'être titulaire d'une de ces places, on ne lui préférera pas, quel que soit l'esprit d'intrigue de la partie adverse, le premier venu, qui, malgré toute son honorabilité, ne donnera pas les mêmes garanties de savoir et de talent. Sous-bureau central tant que vous voudrez, le Bureau de bienfaisance a la même clientèle que le vrai Bureau central, et les médecins qui le desservent doivent être les plus instruits de leur arrondissement. Je ne sais si cela leur amènera la clientèle plus riche, — cela m'importe peu, — mais cela n'arrive qu'en seconde ligne. Avant tout, il faut soigner les pauvres, et les soigner aussi bien que les riches. Voilà mon opinion.

*
* *

murmure aigu, qu'on observe chez l'enfant sous le nom de respiration puérile ; il faut ajouter à ces causes l'étroitesse de la glotte, qui constitue la partie rétrécie des voies aériennes, d'où part le remous gazeux. C'est pour les mêmes raisons que, chez les femmes, le murmure est intense et plus facile à percevoir.

d. *Régions thoraciques.* — Le côté gauche, d'après Stokes et Kennedy, respire plus activement que le droit. Si le fait est démontré, il ne s'applique certes pas au sommet, où l'air pénètre plus difficilement, la bronche principale étant plus étroite qu'à droite ; la comparaison avec le côté droit est donc indispensable ; d'une autre part il faut comparer les régions supérieures aux parties latérales et inférieures. Les régions qui laissent percevoir le plus nettement le murmure sont les régions thoraciques antérieures, particulièrement sous les clavicules, aux deux espaces intercostaux supérieurs ; il faut signaler aussi les espaces entre la ligne axillaire et la ligne parasternale.

Au sternum il est nettement perceptible bien qu'il provienne des parties voisines des poumons ; au-dessous du cartilage et surtout près de l'appendice xiphoïde, il perd de son intensité. Il est à remarquer que nulle part le murmure respiratoire ne cadre exactement avec les limites du poumon, et que les organes voisins du poumon peuvent propager le son.

Sur les côtés le maximum est en haut ; en arrière dans l'espace interscapulaire ; dans la région scapulaire il est éteint par l'épaisseur de la couche musculaire.

Modifications pathologiques du murmure respiratoire.

I. *Affaiblissement extrinsèque du murmure respiratoire.* — Sans parler de la difficulté de percevoir le murmure respiratoire par suite de l'épaisseur normale des parois, ou épaissies par des couches de graisse, le bruit inspiratoire diminue dans trois conditions distinctes qu'on peut appeler extrinsèques.

Immobilisation des parois thoraciques. — Les parois thoraciques peuvent être momentanément immobilisées par la douleur, par un point de côté ; il suffit dans ce cas de supprimer la douleur par une injection de morphine pour voir reparaître le mouvement respiratoire.

Des adhérences anciennes peuvent également immobiliser jusqu'à un

---

Notre collègue feuilletonnier de la *Gazette médicale de Nantes* rappelle à ses confrères combien il est nécessaire de bien préciser son diagnostic quand on envoie au Bureau de la statistique municipale le bulletin de mortalité d'un client mort. Il relève à ce sujet quelques diagnostics bizarres que nous croyons devoir signaler à nos lecteurs, médecins du Bureau de bienfaisance ou autres, pour les engager à ne pas s'exposer aux foudres de notre collègue.

La précision du diagnostic en pareil cas a une grande importance, et l'état actuel dans lequel se trouvent les esprits, au sujet de la crainte du choléra, le prouve assez; mais, au point de vue de la statistique, cette précision a une autre importance qui n'est pas non plus à dédaigner. On n'est que trop porté, en général, à mettre en doute l'utilité de la statistique, et il est certain que, si dans toutes les villes le diagnostic était, comme à Nantes, « ambigu, fantaisiste, farceur », il ne serait pas longtemps à abattre « cette science qu'illustrent les Bertillon, les Janssens, etc. ».

Voici donc quelques-uns de ces diagnostics :

Enfant de 17 jours : *Anémie, suite d'embolie.* Pauvre petit! fallait-il que l'embolus fût gros!

Femme de 70 ans: *Congestion cérébrale sénile, avec dérangement des fonctions digestives.*

La sénilité de cette congestion n'a point rassuré l'auteur du diagnostic sur la cause de la mort; mais le dérangement des fonctions digestives sauve la situation.

Un enfant de 6 mois meurt de *diarrhée verte des enfants.*

On a peut-être vu des vieillards balayés par cette diarrhée verte! A part cela, cette diarrhée verte n'éveille en nous que des idées douces et des réflexions poétiques sur cet enfant au seuil de la vie, enlevé par une diarrhée couleur de printemps! Nous frémis-

certain point les parois thoraciques et diminuer l'inspiration soit de tout un côté, soit dans une région limitée du thorax.

Obstacle laryngé à l'entrée de l'air. — Un obstacle de ce genre s'oppose à l'entrée de l'air dans les poumons.

La compression du poumon par le liquide pleural empêche encore davantage la perception du murmure respiratoire, qui est remplacé par un souffle.

I *bis. Affaiblissement intrinsèque du murmure vésiculaire.*

Inélasticité. — Lorsque le poumon a perdu son élasticité et sa dilatabilité, l'air ne produit plus le remous, c'est-à-dire le murmure.

Obstacles bronchiques à la diffusion de l'air intra-pulmonaire. — C'est la cause réelle, habituelle de la diminution du murmure vésiculaire. Dans les bronches la diffusion de l'air est défectueuse ; la muqueuse bronchique est gonflée, ou le tuyau bronchique est comprimé, ou il est encombré de mucosités ; le murmure est alors ou affaibli, ou masqué par des râles.

Application à la tuberculose. — Valeur de la respiration faible. — Si, après avoir écarté toutes les conditions extra-organiques susceptibles d'affaiblir la respiration, on arrive à constater un murmure très faible au lieu d'élection du tubercule, c'est-à-dire aux deux sommets, et surtout au sommet gauche, où il est naturellement plus faible, si d'un autre côté, en comparant le murmure de cette région avec celui des parties postéro-supérieures, où il est sourd, on le trouve moins marqué ou même plus obscur, on doit conclure que la bronche supérieure est ou comprimée, ou le siège d'une sécrétion ; or il n'y a que les tubercules qui puissent produire ces phénomènes.

II. *Renforcement du murmure respiratoire. — Respiration rude.* — La respiration rude ne doit se confondre ni avec la respiration puérile ou accélérée qu'on observe dans l'état nerveux, ni avec la respiration renforcée qui a lieu lorsque le besoin de respirer est par lui-même plus considérable, comme cela a lieu dans la fièvre ; ni avec la respiration supplémentaire qu'on observe d'un côté, lorsque le poumon du côté opposé ne fonctionne plus ; ces divers types n'ont pas de valeur diagnostique. — La respiration rude, c'est-à-dire qui remplace le ton moelleux et doux de la respiration, peut au contraire acquérir une certaine importance au point de

---

sons, par exemple, en apprenant qu'un enfant de 6 ans a été tué par un *croup violent*. Brrrou ! cela fait froid dans le dos.

Finissons avec les enfants : *Méningite tuberculeuse syphilitique*. Deux pour un sou, au choix !

Versons quelques larmes sur une pauvre fille, morte à 20 ans de *faiblesse constitutionnelle congénitale*, pour méditer en philosophe sur la mort d'un pauvre homme de 83 ans, foudroyé par l'*état de caducité*, et sur celle d'un adulte de 82 ans, succombant inopinément à des *névralgies chroniques*.

Une femme de 64 ans est morte d'*accidents de la ménopause*. Mourir d'accident à cet âge-là, c'est triste ! mais d'accidents, c'est horrible ! Au fait, la malheureuse était peut-être minée par un implacable ectropion du col.

Nous sommes en extase devant ce diagnostic (ça dure encore) : Homme de 62 ans, mort de *pneumonie diaphragmatique*. Cela ne s'appelle plus poser un diagnostic, mais poser un lapin que nous tenons à la disposition de l'auteur, aux bureaux de la rédaction.

En voilà suffisamment, ajoute notre collègue, qui signe Mœrens, et il y a de quoi — pour justifier nos réserves touchant la statistique.

« Il y a bien encore par-ci par-là un certain nombre de cas d'*anémie*, surtout chez les enfants de 2 à 3 mois, et chez les enfants de 70 à 90 ans. Mais nous n'en parlerons que pour mémoire, comme des cas d'*athrepsie*. Nantes a décidément le premier rang dans les villes d'Europe pour ses produits athreptiques, ce dont nous sommes fier comme Nantais, mais navré comme médecin. »

vue de ses causes et de son mode de production. — Pour la production de ce phénomène, il faut non seulement une respiration énergique, mais un obstacle à l'entrée de l'air dans les bronches, c'est-à-dire un gonflement de la muqueuse, ce qui est rare et même douteux, ou bien une compression, ou, ce qui est la règle, un exsudat qui remplit plus ou moins complètement le tuyau aérien dans une étendue restreinte ; il se produit alors un rétrécissement qui donne à la colonne d'air l'occasion de produire la vein fluide gazeuse et par conséquent la formation d'un bruit plus intense qu'à l'état normal. — Dans ces cas l'expiration devient aussi plus perceptible, et par les mêmes raisons.

Application à la tuberculose. — Lorsque la respiration rude a lieu aux sommets, elle indique un catarrhe en foyer limité, qui se produit généralement dans la tuberculose ; mais on ne peut attribuer à ce phénomène une valeur réelle quant au diagnostic de la tuberculose imminente par le catarrhe local, que s'il est limité à un seul côté ; ce n'est que par comparaison avec le côté opposé, qu'on peut d'ailleurs le reconnaître ; si la respiration est rude des deux côtés, il peut se rapporter au fonctionnement normal des sommets.

Dans ces cas, la respiration rude a généralement, comme le pense Grancher, un ton plus grave et plus bas ; la tonalité s'abaisse au point de donner la même note que le bruit expiratoire normal ; il faut donc comparer l'inspiration dans les divers points indiqués, mais aussi avec l'expiration elle-même.

Variétés des respirations rudes. — Elle offre d'ailleurs divers degrés d'intensité, de sécheresse, de dureté, qui ne paraissent avoir qu'une médiocre importance. Hirtz décrit la rudesse très claire et se rapprochant de la respiration puérile ; c'est le contraire de celle que décrit Grancher. — Woillez insiste sur le caractère *granuleux* de certaines respirations rudes, comme si l'air passait dans des voies à parois inégales. — Fournet a trouvé un bruit de froissement, variant depuis le frôlement jusqu'au frottement du cuir neuf ; ce sont là encore des distinctions quintessenciées. — La respiration *rude*, généralement d'une tonalité inférieure, est un signe d'une certaine valeur.

III. *Inspiration saccadée.* — Un autre phénomène consiste en ceci : l'ins-

---

Un tel exposé méritait certainement un rappel à l'ordre. M. Mœrens ne manque pas de l'infliger.

« Nous vous eussions suppliés, ô confrères, dit-il en terminant, de rédiger d'une façon lisible et uniforme vos billets de décès, ce qui eût coûté aux employés de l'état civil et à nous la perte d'un temps précieux, mais on parle d'une mesure plus simple qui serait prise incessamment.

« Des billets de décès imprimés suivant un modèle uniforme seraient distribués à tous les médecins de la ville.

« Donc, ô confrères,

Ayez toujours ces billets dans vos poches.

*
* *

Je dois faire connaître à ceux de nos lecteurs qui aiment les livres rares un fait intéressant qui vient de se passer en Amérique et en Angleterre.

M. le docteur Fordyce Barker (de New-York) possédait un ouvrage intitulé : *Speculum matricis*, par Woolveridge. Cet ouvrage, publié à Dublin en 1670, était le premier travail original sur la gynécologie imprimé en anglais, et le seul exemplaire connu était celui de M. Barker. La Société obstétricale de Londres, désirant en posséder une copie, pria notre confrère de New-York de le lui faire transcrire. Celui-ci s'empressa de faire droit à cette requête, et chercha un homme capable de faire la copie désirée. Deux libraires américains lui indiquèrent un bibliophile bien connu pour sa compétence en livres anciens, M. Sabine, qui à son tour recommanda comme copiste un de nos compatriotes

piration, au lieu de se faire d'un seul coup par l'expansion simultanée des vésicules pulmonaires, est entrecoupée; elle se décompose en petits mouvements brusques et alternatifs, et s'accomplit en deux ou plusieurs temps séparés par un très court intervalle de repos (Raciborski, Zetmeyer, Bourgade). — Cette respiration saccadée peut du reste coïncider avec le caractère moelleux normal de l'inspiration, soit avec un certain degré de sécheresse et de rudesse, ou bien au contraire avec un murmure très affaibli.

Localisation. — Dès l'instant que la respiration saccadée est voulue, ainsi qu'on l'observe souvent chez les nerveux, elle est générale; si la respiration est entrecoupée par une douleur thoracique quelconque, les saccades sont unilatérales; si au contraire elle est localisée, elle acquiert une signification; mais il ne faut pas s'attendre à la trouver en permanence; — elle peut manquer à certains moments ou à certaines heures de la journée.

Application à la tuberculose. — Dès qu'elle est dûment constatée et limitée à une petite étendue du poumon, siégeant sous les clavicules, ou dans la fosse susépineuse d'un côté, on peut mettre ce signe en parallèle soit avec l'affaiblissement du murmure, soit avec la respiration rude, qui l'accompagne assez souvent; mais il ne faut pas oublier que ce signe est bien moins précoce que la respiration rude et basse, et moins précis que la faiblesse respiratoire locale; généralement passager, il ne tarde pas à être remplacé par l'expiration prolongée et soufflante (Bourgade).

IV. *Expiration prolongée et rude.* — Chez l'homme sain, l'inspiration est d'une durée sensiblement supérieure à l'expiration, dans le rapport de 7 à 5 ou de 3 à 1. Si la prolongation porte sur les deux temps, comme cela a lieu dans la respiration puérile, il n'y a pas de conséquence à en tirer, mais si la durée des deux temps devient égale, c'est-à-dire si l'expiration est manifestement prolongée, surtout si en même temps elle devient dure, rude, ce phénomène doit peser d'un certain poids dans la détermination du diagnostic; il se peut que le rapport normal des durées soit interverti, atteigne 1 à 2 et même 1 à 3; c'est dans ces conditions qu'elle devient généralement rude (Jackson).

Modes de production. — Valeur diagnostique de l'expiration prolongée. — Nous retrouvons ici, comme la seule cause possible du phénomène,

---

un excentrique (fallait-il qu'il le fût, mon Dieu, pour le paraître aux yeux des Américains et des Anglais), vivant dans une misère continue, mais excellent copiste, et employé comme tel par les collectionneurs de New-York, de Londres, de Paris et de Rome. Il s'appelait Emile Bourgeaud. Evidemment ce nom indique un Français. Après bien des pérégrinations dans les deux Amériques et dans le pays de la misère, avec son livre et sa copie en train, notre compatriote mourut, sans avoir remis à M. Barker ni l'original ni la copie du *Speculum matricis*. Tous deux sont actuellement perdus ; si quelqu'un en entend parler, qu'il veuille bien nous prévenir ; nous transmettrons la nouvelle à M. Barker, qui sera très heureux de retrouver son livre, et à la *London obstetrical Society*, qui sera non moins heureuse d'en avoir la copie. C'est ce que leur souhaite de tout son cœur

SIMPLISSIME.

TRAITEMENT DE L'ONYXIS TRAUMATIQUE AIGU. — Humbert.

Applications émollientes, bains locaux, calmants à l'intérieur, tels sont les moyens de traitement du début. Dès que le pus est formé, il y a lieu de lui donner issue, afin de prévoir un décollement étendu. Si la collection purulente fait saillie au niveau du sillon antérieur ou de l'un des bords latéraux, il suffit de pratiquer une petite ouverture, en déchirant l'épiderme avec la pointe d'une aiguille ou en l'incisant au bistouri. Mais dans le cas d'abcès sous-unguéal circonscrit, c'est à travers la lame cornée, qu'il faut ouvrir une voie au pus. On la gratte de manière à produire une perte de substance, et on crée ainsi un orifice toujours béant, qui donne au pus un écoulement facile et continu.

N. G.

la compression des bronchioles par les granulations; mais il n'est pas propre à la tuberculose; il existe aussi dans l'emphysème et dans l'asthme. Ici on doit invoquer une cause toute différente; on sait que la dyspnée caractéristique de l'asthme consiste dans une expiration *forcée*, prolongée, qui nécessite le secours de toutes les puissances expiratoires, entre autres du diaphragme et des muscles puissants de la paroi abdominale. C'est tout simplement un genre spécial de dyspnée, qui trouvera son explication au chapitre de l'asthme. — Dans la tuberculose, l'expiration prolongée n'est nullement dyspnéique. C'est un phénomène généralement localisé au point malade, et particulièrement perceptible aux sommets des poumons, soit en avant, soit surtout dans les fosses susépineuses et à la racine des bronches; — c'est là qu'on trouve cette expiration longue, rude, sèche, d'une tonalité *élevée*, tandis que chez l'asthmatique, outre que le phénomène s'étend à toutes les alvéoles distendues ou rompues par l'emphysème, l'expiration est infiniment plus longue, plus sonore, plus grave, et généralement accompagnée de sibilance, c'est-à-dire de râles bronchiques secs.

Application à la tuberculose. — Avant d'appliquer à la tuberculose le signe indiqué, il importe de savoir, comme l'a indiqué M. Louis, qu'il peut exister à l'état normal. Chez certains individus, et surtout chez les femmes, on trouve au sommet du poumon droit une expiration manifestement prolongée; dans ces conditions, il n'a qu'une valeur médiocre; au sommet, à gauche, il ne doit plus être mis en suspicion. Exagéré par Jackson, amoindri par Walshe, il vaut ce que valent tous les signes bien interprétés. Or, les phénomènes d'auscultation sont bien déterminés : 1° la localisation à l'un des sommets; 2° les conditions mécaniques, et celles-ci sont telles, qu'il faut, pour la production de l'expiration prolongée et rude, une lésion ou plus étendue ou plus profonde, qui rétrécisse le calibre des bronches, que pour le développement des troubles inspiratoires; c'est pourquoi l'expiration longue et dure se rapporte à une période plus avancée, et présente par conséquent une valeur moindre que les inspirations affaiblies, ou rudes ou saccadées.

(*La suite au prochain numéro.*)

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1884.

A *Marseille*, le chiffre officiel de la mortalité cholérique a été de 28 décès du 29 au 30, de 24 décès du 30 au 31 et enfin de 12 du 31 juillet au 1er août. La même amélioration continue à *Toulon*, où les décès cholériques ont été de 10 du 29 au 30, de 7 du 30 au 31.

A *Aix*, du 29 au 30, on avait compté 7 décès cholériques ; le lendemain, du 30 au 31, cette mortalité était descendue à 1 décès cholérique et à deux autres décès douteux. Malheureusement, on ne constate pas la même amélioration à *Arles*, où on a enregistré 6 décès du 29 au 30, 8 décès du 30 au 31.

On a enregistré des décès aux environs de Toulon, 1 à la Seyne et 2 à Revest. A *Avignon*, une femme cholérique est morte à l'hôpital, elle venait d'Arles où elle avait été contaminée ; depuis, il existe plusieurs cas en ville. On signale aussi 3 décès à l'asile des aliénés de Mont-de-Vergues. A Vogué, village de l'arrondissement de *Privas*, on a déclaré depuis dimanche 9 décès cholériques et des cas d'autant plus nombreux que la population de cette localité est de 800 habitants. Enfin, à *Tournon*, on aurait observé 3 cas de choléra.

En *Italie*, l'épidémie est signalée dans la province de Turin, où elle a été introduite malgré les quarantaines terrestres, par des ouvriers émigrés de Marseille. Le 30, il existait 17 cas à Poncalieri dans le district de Pinerolo et un autre cas à Canelli.

En *Allemagne*, par la plume du ministre des cultes, dont les attributions s'étendent aussi sur le service des affaires sanitaires, le gouvernement vient de rendre une *ordonnance concernant les mesures à prendre contre le choléra*. Ce document a des qualités de haute précision administrative. De plus, de par les habitudes de discipline du fonctionnarisme en Allemagne, on peut avoir la certitude qu'il sera l'objet d'une exécution complète.

Visant une circulaire du 5 juillet 1883 et la réglementation du 8 août 1835, le ministre prescrit aux commissions sanitaires locales de pourvoir dès maintenant, et d'urgence, aux mesures d'hygiène, c'est-à-dire *avant* toute apparition de la maladie sur le territoire germanique.

Dans ce but, il énumère avec détails tous les devoirs de ces commissions. Ce sont donc des recommandations qui ne laissent place ni aux doutes ni aux hésitations. Aussi, nos autorités françaises, qui ces jours derniers faisaient si grand accueil à M. Koch, au microbe virgule et à ses leçons, pourraient plus utilement en faire profit !

Parmi ces mesures, les suivantes sont de facile exécution. En premier lieu, il s'agit de l'assainissement des rues et des habitants, de l'enlèvement des immondices et des fumiers, du *curage immédiat, avant toute apparition de l'épidémie*, des fosses d'aisances, de leur réparation, si elles sont endommagées ou mal construites et de leur *désinfection préventive*. Depuis cinq semaines, il eût été facile de pourvoir à ces précautions dans la ville de Paris. Elles étaient et sont encore d'urgence ; à l'heure actuelle, l'administration n'a pu même encore convoquer toutes les commissions sanitaires d'arrondissement dont nos édiles, par la voix de M. Straus, demandaient la création dès le début de l'épidémie.

En second lieu, les canaux, égouts et fossés doivent être l'objet de la même surveillance. Le curage et le nettoyage doivent en être pratiqués dès maintenant.

Enfin, l'ordonnance allemande prescrit aux commissions, aussitôt après avoir reçu avis d'un cas suspect, de veiller à l'assainissement de l'habitation. Autant que possible, le cholérique devra rester à son domicile, mais on fera évacuer la maison par les personnes non-contaminées, et on procédera à sa désinfection complète.

Ainsi donc, en 1884, nous en sommes encore à envier à l'Allemagne, non pas une administration, non pas une réglementation, moins encore : une simple ordonnance sanitaire scientifiquement acceptable ! C'est assez humiliant pour notre patriotisme et trop redoutable pour la sécurité du pays ! — C. L. D.

THÉRAPEUTIQUE

De la valeur thérapeutique de l'albuminate de fer en tant qu'emménagogue,

Par le docteur Albert Blondel, ancien interne des hôpitaux.

L'expérience clinique a démontré, depuis plusieurs années, la nécessité d'administrer l'albuminate de fer aux femmes atteintes d'affections utérines chroniques. A l'exemple de plusieurs de nos maîtres les plus autorisés des hôpitaux, nous l'employons nous-même dans les cas d'aménorrhée ou de dysménorrhée, et les bons résultats que nous en obtenons nous engagent à donner à cet agent martial une préférence exclusive toutes les fois qu'il y a irrégularité dans la période cataméniale.

Et pourtant, peut-on classer un ferrugineux dans les emménagogues proprement dits ? Nous n'y insisterons pas.

L'agent thérapeutique dit emménagogue suppose une action locale. « Doué d'une propriété élective et spéciale sur l'utérus, ayant pour objet de provoquer et de régulariser le flux menstruel. »

De plus, si nous consultons les travaux scientifiques les plus récents, nous voyons que l'albuminate de fer est le plus souvent en question lorsqu'il s'agit de donner du fer aux femmes dont le flux ménorrhéique est défectueux ; mais, bien entendu, si cet agent martial est préconisé à cause de ses bons et rapides effets, aucune action spéciale sur l'appareil ovarique ne saurait être mentionnée à son sujet.

On observe fréquemment chez de jeunes femmes, plus souvent encore chez des jeunes filles, des troubles de la menstruation caractérisés par des retards qui arrivent à se compter par des deux, trois, quatre mois, et quelquefois davantage. Ces malades accusent une sensation de froid au niveau de l'épigastre, des digestions lentes, un cerveau paresseux, de la chaleur au visage, de l'insomnie la nuit et de fréquents besoins de se livrer au sommeil dans la journée, de l'oppression, des palpitations, un alourdissement général, quelquefois des étourdissements, des tintements d'oreilles, etc.

Tous ces symptômes surviennent lorsque des retards dans l'apparition régulière des règles commencent à s'accentuer. Ils résultent des poussées congestives du côté de l'estomac, du cerveau, parfois du côté du cœur et des poumons.

Nous savons, dans ce cas, appliquer la thérapeutique symptomatique (sédatifs, laxatifs), et combattre la défibrination du sang et la cachexie fatalement consécutive par les

toniques, par le fer. Cette médication bien appliquée produit rapidement une modération dans la tendance congestive vers les organes d'en haut et une détente du côté de l'appareil utéro-ovarien.

Encore n'atteignons-nous que bien imparfaitement ce but si nous donnons trop de fer à nos malades, et surtout si nous sortons de deux ou trois préparations martiales bien indiquées.

Nous n'avons pas l'intention de passer en revue tous les matériaux dont est formé l'arsenal de la médication ferrugineuse. Il est acquis aujourd'hui que les sels solubles à combinaison organique sont de beaucoup les plus assimilables (1). Ici encore ne devons-nous accorder qu'une importance limitée à nombre d'entre elles.

Disons-le tout de suite, nous ne sommes pas enthousiaste à l'égard du fer associé à quantité de substances plus ou moins compatibles, à de la viande, voire même à de ses dérivés, dont la proportion minime ne saurait avoir la prétention de transformer le fer en un reconstituant alimentaire.

Nous croyons que des effets si multiples réclamés d'un agent thérapeutique sont au moins illusoires, et qu'à la sagacité du praticien seule incombe le soin de choisir parmi les toniques ou adjuvants qu'il veut administrer concurremment avec le fer. Au surplus, ne savons-nous pas tous aujourd'hui que le meilleur reconstituant est la viande digérée artificiellement, autrement dit la peptone, et surtout la peptone *phosphatée,* à laquelle viennent s'ajouter les propriétés stimulantes du phosphate de chaux, ainsi que l'ont démontré les expériences de M. Bayard.

En résumé, et pour en revenir à notre sujet, le fer ne saurait être classé parmi les emménagogues; mais nous estimons que, par l'administration d'un ferrugineux approprié, on obtient d'excellents résultats dans la plupart des affections utérines et comme régularisateur de la menstruation. Surtout si nous le faisons prendre à faible dose (2), en évitant d'ingérer dans l'estomac toute quantité inutile dont la présence seulement irritante et excitante, ne saurait qu'amener la congestion de l'organe ou des organes primitivement malades à l'état aigu.

Dans ces cas surtout, nous avons de préférence recours au fer albuminé.

L'*albuminate* tout élaboré étant la combinaison ultime que subit le fer pour passer dans le sang, ce qui le rend précieux dans toutes les anémies symptomatiques.

Grâce à l'association de l'albuminate de fer au sirop d'écorces d'oranges (*liqueur de Laprade*), nous avons une préparation agréable pour le malade, facilement assimilable (3), dont chaque cuillerée à bouche n'excède pas 0 gr. 05 de métal par cuillerée de véhicule et qui devient en quelque sorte un fer gynécologique sur les bons effets duquel on est toujours en droit de compter.

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1877.
(2) Doit-on donner le fer à haute dose? (*Union médicale*, 1880.)
(3) Etude expérimentale sur l'albuminate de fer. (Laprade, 1882.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 28 juillet 1884. — Présidence de M. Rolland.

M. Vulpian présente une note de M. E. de Cyon, intitulée : *Le borax comme désinfectant intérieur.*

« En novembre 1878, j'ai eu l'honneur de communiquer à l'Académie mes recherches sur les propriétés physiologiques du borax. Les principaux résultats auxquels j'étais arrivé confirmaient d'abord les observations déjà faites par l'illustre Dumas sur les propriétés éminemment antiseptiques de cette substance ; ensuite, ils démontraient l'innocuité complète du borax pur, dont on peut introduire jusqu'à 15 grammes et plus, par jour, dans l'organisme, sans y provoquer le moindre trouble.

« Indépendamment de leur importance au point de vue de l'alimentation publique, ces résultats me paraissaient offrir un grand intérêt médical, en mettant enfin à notre disposition un antiseptique très puissant dont on peut introduire impunément telle quantité que l'on veut dans l'organisme pour préserver celui-ci de certaines maladies contagieuses. Ce qui, en effet, a rendu presque stériles jusqu'à présent tous les moyens de désinfection usités pendant les épidémies, c'est que leur action est forcément limitée aux parties

extérieures du corps. C'est seulement quand la maladie s'est déclarée que le médecin a recours aux désinfectants intérieurs, mais alors il est souvent trop tard. Au contraire, le borax nous paraît un énergique désinfectant intérieur dont on peut se servir pendant des mois et des années comme préservatif, sans le moindre danger pour l'organisme.

« Aussi, quand la peste éclata en Russie au commencement de l'année 1879, je m'empressai de me rendre à Pétersbourg et de proposer au Conseil médical supérieur de l'empire l'emploi du borax comme désinfectant préservateur. Dans sa séance du 19 février, le Conseil, présidé par le docteur Pélican, recommanda l'usage de cette substance à tous les médecins des régions contaminées... La fin de l'épidémie rendit inutile l'essai projeté.

« Depuis, j'ai eu, à maintes reprises, durant ces six dernières années, l'occasion de constater les excellentes qualités antiseptiques du borax et de l'acide borique dans toutes les affections provenant de parasites ou de microbes. On se trompe gravement quand on juge de l'efficacité d'un agent désinfectant d'après son degré de toxicité pour l'organisme humain. Tel antiseptique, réputé infaillible à cause des dangers qu'il présente pour l'homme, se montre impuissant contre un parasite invisible qui ne résiste pas à quelques grains de borax ou d'acide borique. Je crois donc devoir, dans les circonstances présentes, recommander de nouveau l'essai de ce puissant préservatif. Son efficacité ressort, à mes yeux, d'un fait fréquemment observé pendant les épidémies de choléra : la maladie a toujours épargné les ouvriers employés dans les fabriques d'acide borique. Ainsi, par exemple, lors de la violente épidémie qui désola l'Italie en 1864-1865, aucun des ouvriers travaillant dans les sept usines d'acide de Larderello ne fut atteint par le fléau, tandis qu'un village situé à peine à 3 kilomètres de là perdit le tiers de sa population.

« Pris à raison de 5 grammes à 6 grammes par jour, le borax non seulement aura une action directe sur les microbes contenus dans le canal intestinal, mais, passant dans le sang, il pourra encore atteindre les bacilles qui y auraient pénétré. L'action constipante du biborate de soude n'est, en temps de choléra, qu'une indication de plus.

« Le moyen le plus sûr d'être fixé sur la valeur du borax comme préservatif contre le choléra serait de l'essayer, dans un milieu infecté, en prenant pour sujets de l'expérience quelques soldats d'un régiment ou quelques ouvriers d'une usine. Si ces hommes, vivant dans les mêmes conditions hygiéniques et alimentaires que leurs camarades, offraient une plus grande résistance au fléau, on ne pourrait évidemment l'attribuer qu'à l'influence de l'agent prophylactique.

« D'une part, laver avec de l'acide borique ou avec une solution de borax toutes les muqueuses extérieures ; de l'autre, mêler à la nourriture et à la boisson environ 6 grammes de borax par vingt-quatre heures : tel est le moyen de préservation que je proposerais. »

COURRIER

Nécrologie. — Nous apprenons avec un vif regret que le docteur Meilheurat est mort à Lapalisse dans la nuit du 14 au 15 juillet d'une congestion pulmonaire, après huit heures de souffrance.

Personne ne s'attendait à ce malheur, qui plonge dans la désolation toute une ville. Jusqu'au bout le docteur Meilheurat a fait preuve de l'énergie et de la grandeur d'âme qu'il a montrés toute sa vie, visitant ses malades, les pauvres surtout, et répandant le bien à pleines mains. Il portait ses 80 ans en vieillard vigoureux et superbe, et cependant en quelques heures la mort l'a couché dans le cercueil.

Il a rendu le dernier soupir le 15 à trois heures du matin, et la veille encore, comme médecin du chemin de fer, à six heures du soir, il donnait des ordres pour combattre l'épidémie cholérique. Il est mort vaillamment sur la brèche après une vie bien remplie.

Pendant cinquante-cinq ans il exerça la médecine et pendant près de cinquante ans il fut maire de Lapalisse et membre du conseil général de l'Allier. A plusieurs reprises il refusa la députation pour ne point abandonner la profession à laquelle il s'était consacré.

Le docteur Meilheurat était chevalier de la Légion d'honneur.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

Extrait du livre (sous presse) « De la phthisie bacillaire des poumons » (1)

Par le professeur G. Sée.

DEUXIÈME CATÉGORIE. — PHTHISIES AVÉRÉES.

Les phthisies ne sont avérées que par les signes physiques, c'est-à-dire l'auscultation et la percussion, et démontrées que par la présence des microphytes dans l'expectoration.

AUSCULTATION. — DES RALES BRONCHIQUES

Les râles d'une certaine nature, aux sommets pulmonaires, indiquent une bronchite localisée ou de petites ulcérations; les souffles respiratoires appelés tubaires, caverneux, amphoriques, les altérations homonymes de la voix se rapportant à l'induration du parenchyme autour des bronches altérées, ou bien à la présence des cavernes creusées dans le tissu pulmonaire et à ses dépens; voilà les signes d'auscultation les plus valables.

I. *Définition et division des râles.* — Les râles donnent l'idée de bulles, qui se rompent ou se vident de leur contenu liquide; ce sont les râles *humides*, qu'on a comparés au bruit de l'eau ou de la graisse bouillante. Outre ces râles appelés humides, il faut reconnaître une deuxième espèce, les râles *secs*, que le nom de sonores, sibilants, sifflants, désigne assez nettement, et qui rappelle le ronflement du rouet ou le sifflement; la transition entre les deux espèces de râles est si fréquente et leur signification réciproque est telle qu'il est illogique, malgré certaines oppositions théoriques, de les séparer. Une troisième espèce d'ailleurs n'est ni humide, ni sèche, c'est le râle crépitant. Une quatrième espèce se fait remarquer par la sonorité métallique, elle est très fréquente dans la tuberculose.

II. *Mode de formation des râles humides.* — Dès qu'un courant d'air soulève un exsudat fluide sous forme de vésicules ou de bulles, leur rupture s'entend sous forme de râles humides; on croit imiter le phénomène en insufflant un tube plongé dans un liquide. Toutefois, cette opinion généralement adoptée a été combattue par deux physiologistes, Talma et Baas, qui ont repris cette expérience du tube d'insufflation; en plongeant le tube profondément dans un liquide et l'insufflant lentement, ils ont constaté que le bruit produit n'a rien de commun avec la rupture des bulles; il la *précède*. Au moment, en effet, où la bulle se détache et monte, le liquide rentre dans le tube, de sorte que l'air intra-tubaire est battu par ce liquide de retour, et provoque le glouglou. C'est donc l'air qui recommence à vibrer. Il est à remarquer, en faveur de cette opinion, que dans les tuyaux larges le bruit est plus profond que dans les cylindres étroits, et qu'il en est de même si le fluide est consistant, c'est-à-dire à vibrations lentes à se produire.

III. *Division des râles humides, leur nature, leur siège, leur origine.*

Nature des râles. — Laënnec, dominé par l'idée que chaque espèce de râles correspondait à une maladie déterminée, comprit sous le nom de muqueux tous ceux qui se forment en dehors des cavernes, c'est-à-dire dans

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 2 août 1884.

les bronches, encore bien que ces liquides puissent être constitués par du sang, du pus, aussi bien que par le mucus.

Siège des râles — D'autres auteurs, entre autres Fournet, fondèrent leurs divisions sur la localisation réelle ou supposée du phénomène. Il y a là une grave erreur, car, abstraction faite du râle crépitant, qui se produit dans les alvéoles pulmonaires, on ne saurait toujours se prononcer sur le siège précis des râles, et se décider entre les bronches encombrées d'exsudat, la dilatation bronchique et les cavernes.

Origine des râles. — Leur volume peut seul faire soupçonner leur origine; on les a divisés sous ce rapport en gros râles, ou râles muqueux, en moyens ou sous-crépitants et en sous-crépitants fins. Il est facile de concevoir que les bronchioles ne peuvent donner lieu qu'à des râles à petites bulles, tandis que les râles à grosses bulles ne peuvent provenir que de grosses bronches ou des cavités pulmonaires.

IV. *Localisation à la base ou au sommet des poumons.* — Ce qu'il y a de mieux établi, c'est que les râles indiquent la présence d'un secretum liquide dans les voies aériennes; on s'explique aussi pourquoi on les entend particulièrement dans les parties inféro-postérieures des poumons, où le mucus s'accumule et les produit plus facilement par suite de la déclivité de ces parties; souvent même on ne les entend que dans ces régions.

Mais ce qui, au point de vue de la tuberculose, présente un intérêt majeur, c'est leur concentration en foyers supérieurs, surtout d'un côté. — Ils indiquent alors une cause locale; s'ils persistent, c'est-à-dire s'ils sont perceptibles dans la même région pendant un temps plus ou moins long, ou après des examens répétés, on doit craindre une irritation locale des bronches par les tubercules.

V. *Mobilité des râles; leurs variations et variétés.* — Il est bien entendu que la nature liquide même des râles ou plutôt leur origine, les expose à une grande mobilité, et une plus grande variété; ainsi une respiration forte peut les modifier; les efforts de toux peuvent, en déplaçant l'exsudat, les faire cesser. — L'influence de la toux sur leur disparition constitue même un caractère diagnostique, et je ne comprends pas qu'on les confonde avec les bruits musculaires, résultant de la contraction énergique des muscles, tels que Rosenbach les a observés précédemment dans les régions supérieures du thorax. La difficulté de les reconnaître ne commence que s'ils sont fixes et indifférents aux efforts de l'expiration; ils présentent alors, qu'ils soient inféro-postérieurs ou localisés aux sommets, une grande analogie avec les frottements résultant des pleurésies sèches qui accompagnent si souvent les tubercules naissants.

Les râles fixes supposent naturellement un exsudat adhérent; plus au contraire il est fluide et abondant, plus il se déplace facilement, après avoir produit un nombre considérable de râles; seulement il est à noter que, si le foyer des râles est éloigné, profond, et placé au centre du parenchyme pulmonaire sain, ils peuvent ne pas être perçus par l'auscultation. — Wintrich a vu des malades expectorer des quantités considérables de liquide muqueux, sans qu'on pût constater le moindre râle bronchique.

VI. *Synchronisme respiratoire et circulatoire.* — La plupart des râles fixes ou morbides, surtout s'ils sont abondants, se produisent à la fois pendant les deux temps de la respiration; bornés à un seul temps, ils sont plus fréquents pendant l'inspiration que l'expiration. Baas a signalé des râles qui succèdent à l'expiration, par séries; il les rattache aux cavernes multiloculaires. Enfin, on a signalé des râles synchrones avec les systoles du cœur; ces râles cardiopneumatiques (Landois) se retrouvent surtout dans les cavernes situées près du cœur, parfois aux bords antérieurs des poumons emphysémateux.

VII. *Applications à la tuberculose. Du râle sous-crépitant limité.* — Parmi les râles humides, celui qui dénote le mieux la présence du catarrhe bronchique tuberculeux, c'est le râle à bulles moyennes, appelé sous-crépitant, qui présente généralement un timbre sec, en raison de la viscosité d'un exsudat peu abondant d'ailleurs. Par son siège au sommet du poumon, en avant ou en arrière, par sa fixité, par sa réapparition prompte et facile après la toux, par son synchronisme avec les deux temps de la respiration, il prend la valeur d'un signe diagnostique des plus importants. Chez un individu qui tousse d'une manière permanente, qui maigrit, le doute n'est guère possible.

RALES SECS OU SIBILANTS.

Des râles secs. — Ces râles n'ont pas d'importance diagnostique au point de vue de la tuberculose; ils compliquent au contraire la question, lorsque la tuberculose s'accompagne d'emphysème, ou prend le caractère asthmatique. Étant d'ailleurs de même origine, et reconnaissant les mêmes causes que les râles humides, c'est-à-dire un exsudat dans les voies respiratoires, ils n'en diffèrent que par leur siège et leur sonorité. Selon leur timbre, on les désigne sous le nom de râles sonores, ronflants, musicaux, sifflants; les rhonci sonores ont surtout leur siège dans la trachée et les grosses bronches; les sibilants dans les petites bronches; les uns et les autres occupent ordinairement une grande étendue, ce qui suppose l'extension du catarrhe sec, et écarte l'idée d'un rétrécissement inflammatoire avec tuméfaction générale, et plus encore l'idée d'un spasme étendu à toutes les bronchioles, comme on l'a admis généralement pour la sibilance asthmatique que nous discuterons en temps utile.

RALE CRÉPITANT.

I. *Conditions locales.* — Le râle crépitant se distingue par des caractères spéciaux, et se produit uniquement lorsque les alvéoles pulmonaires et les bronchioles les plus fines se remplissent de liquides.

Conditions pathologiques. — C'est pourquoi il est pour ainsi dire propre à la première et à la troisième période de la pneumonie; on peut toutefois le retrouver dans l'œdème pulmonaire, dans l'infarctus pulmonaire hémorrhagique, et peut-être dans la bronchite capillaire.

Caractères. — On l'a comparé au bruit de la décrépitation du sel sur le feu (Laënnec), au frottement des cheveux sur l'oreille (Williams); ces comparaisons sont vaines. — Si on ausculte le poumon cadavérique pendant l'insufflation, on obtient nettement la crépitation; or, dans cette expérience, on sépare les parois qui sont collabées.

II. *Circonstances physiologiques.* — Aussi n'est-il pas étonnant qu'on le retrouve parfois à l'état physiologique, quoique passagèrement; ainsi, après un décubitus dorsal et une respiration calme, on l'entend le long du bord inféro-postérieur du poumon; lors des premières inspirations profondes pendant la station debout, on perçoit la crépitation qui disparaît rapidement, lorsque les alvéoles sont distendues, et prennent une part suffisante à la respiration. Il suffit parfois d'une seule inspiration forte pour la faire disparaître.

III. *Synchronisme et rhythme des râles.* — Dans tous les cas, le râle crépitant se compose de râles fins, nombreux, extrêmement pressés, qui ne se manifestent que pendant l'inspiration. — Il est très rare de le trouver dans l'expiration. Penzoldt a observé deux cas de ce genre, qu'il interpréta par une théorie très compliquée.

Parfois la crépitation disparaît subitement après quelques respirations profondes, c'est-à-dire quand les alvéoles remplies d'air sont accolées près de leurs ouvertures, et par ce fait sont incapables de recevoir de l'air

ou d'en céder; dans ces cas, elle ne reparaît qu'au bout d'un certain temps. Ordinairement la crépitation ne s'entend que dans la deuxième moitié de l'inspiration, parfois même seulement à la fin de l'inspiration, ce qui dépend de ce que le courant d'air a besoin d'un certain temps pour atteindre le champ des alvéoles.

Souvent aussi il faut plusieurs inspirations profondes pour produire le phénomène. Ceci provient de ce qu'il se rencontre, pendant le passage de l'air, de nombreux obstacles sur le trajet des voies aérifères, et que, pour les surmonter ou faire pénétrer l'air dans les alvéoles, une certaine force musculaire est nécessaire.

IV. *Mécanisme du râle crépitant.* — La rupture d'une bulle ne saurait en aucun cas être applicable au râle crépitant, car les espaces alvéolaires où il se produit sont trop petits pour contenir ou former des bulles perceptibles à l'oreille. — Carr et Wintrich admettent que la crépitation se développe, quand, lors de la dilatation inspiratoire, la paroi des alvéoles se détache de l'exsudat visqueux et produit ainsi le bruit.

On s'explique aussi pourquoi le râle crépitant est seulement inspiratoire, pourquoi il peut se produire souvent même pendant l'état normal, pourquoi enfin il est inamovible.

V. *Valeur diagnostique du râle crépitant.* — Sa valeur diagnostique est très précise. On ne le trouve guère que dans la pneumonie lobaire fibrineuse, c'est-à-dire avec exsudat consistant; cette circonstance domine sa production de telle façon qu'on ne le rencontre dans aucun autre épanchement intra-alvéolaire ou péri-alvéolaire, tel que l'infarctus sanguin, l'œdème pulmonaire, etc.

DES RALES A RÉSONNANCE MÉTALLIQUE. — RALES CAVERNULEUX, CRAQUEMENTS.

Les diverses manifestations connues sous le nom de râles résonnants, métalliques, cavernuleux, ou de craquements, ont une importance capitale pour le diagnostic de la phthisie à une période avancée. Ce râle, en apparence vulgaire et dénotant un simple catarrhe en foyer, subit des transformations singulières. — Il devient plus sec, plus clair, plus éclatant, comme métallique, et rappelle vaguement la crépitation, c'est-à-dire le râle crépitant de la pneumonie, lequel en diffère toutefois en ce qu'il se compose de bouffées non interrompues de petites bulles uniformes, perceptibles seulement à la fin de l'inspiration, et inamovibles par les efforts de toux.

I. *Râle cavernuleux.* — Ce râle sous-crépitant, devenu *fin et sec*, serait le signe du ramollissement tuberculeux, et des petites excavations qui se forment dans le parenchyme; Hirtz l'appelle, pour ce motif, râle cavernuleux. — Mais, ainsi que le font observer Hérard et Cornil, le ramollissement ne se traduit par aucun signe certain; c'est toujours un râle sous-crépitant sec; ce n'est que quand les cavernules sont formées que le râle cavernuleux se développe avec ses caractères précis, c'est-à-dire sa fixité, son timbre de craquement; il semble, comme on dit, taillé dans le roc. — En fait, le bruit se produit alors non plus dans la bronche, mais dans une cavité creusée dans le poumon; il cesse par cela même d'être influencé par la respiration et la toux, les déplacements d'un exsudat rare et visqueux étant impossibles. Ce qui surtout le caractérise mieux encore, c'est son caractère résonnant.

II. *Craquements.* — Ainsi, aux sommets des poumons, on trouve souvent des râles humides, qui sont remarquables par la clarté, la grandeur et l'uniformité du son; ils produisent l'impression d'une vessie sèche qu'on insuffle. — Laënnec les a parfaitement définis et les tient pour caractéristiques du ramollissement tuberculeux et de la formation caverneuse; c'est le *craquement*.

III. *Râles résonnants.* — Il est bien démontré en effet que certains râles, qui naissent dans le parenchyme pulmonaire condensé ou dans des cavernes superficielles à parois solides, épaisses, prennent un timbre particulier de *résonnance* (que Skoda attribuait à la consonnance de l'air dans les cavités); ces râles résonnants ont une commune origine et la parenté la plus nette avec le son de percussion tympanique et la respiration bronchique, dont nous étudierons le mécanisme; ils doivent leur résonnance à ce que le poumon induré et vide d'air, à ce qu'une caverne superficielle transmettent admirablement le son; en effet, quand ces foyers morbides sont recouverts par une couche de poumon aérifère, les bulles perdent leur caractère résonnant, et se transforment en râles simples et presque sourds. On comprend la valeur de ces râles résonnants qui sont de tous points analogues aux craquements de Laënnec.

Résumé. — Le râle sous-crépitant sec en foyer limité au sommet du poumon est un signe certain de la bronchite *locale* et de la péri-bronchite ordinairement tuberculeuse ; le râle de craquement indique les cavernules déjà formées. — Les râles résonnants sont la confirmation du diagnostic.

TINTEMENT MÉTALLIQUE.

Le bruit qui se rapproche des râles métalliques est celui qui a été désigné par Laënnec sous le nom de tintement métallique. A chaque respiration on entend un ou quelques râles *métalliques* isolés, produisant l'effet d'une goutte, qui tomberait du haut d'une caverne dans le fond. — On peut l'imiter en faisant tomber des grains de sable dans un grand vase lisse à l'intérieur.

Théories. — A la théorie de Laënnec, Baas objecte que les gouttes sécrétées, qui se forment au sommet d'une caverne, glissent généralement le long de la paroi et ne traversent pas l'espace vide, pour tomber au fond. — Ce n'est donc pas la chute de la goutte qui forme le bruit; ce sont, d'après Skoda et Wintrich, des bulles qui crèvent en produisant un son métallique. — Toutefois on ne saurait nier d'une manière absolue la théorie du liquide qui se détache. — Leichtenstern a constaté le phénomène chez un malade atteint de pyopneumothorax, chaque fois qu'il se redressait sur son lit. L'autopsie démontra que le liquide pleural tombait des végétations de la plèvre enflammée, par le changement de position du cadavre. — Il est vrai que ce fait n'a aucun rapport avec le mécanisme du tintement métallique qui se produit dans les cavernes.

Sifflement métallique. — Dans un cas de pyopneumothorax, avec fistule externe, Unverricht signale encore un bruit métallique, qui se produit après la thoracenthèse à chaque aspiration du liquide, par suite du passage de l'air inspiré à travers la fistule.

Résumé. — Les râles métalliques, ainsi que le tintement de ce nom, se rapportent constamment aux excavations à parois lisses, superficielles, d'une dimension variable.

Des déformations goutteuses et de leur traitement,

Communication faite à la Société de médecine de Paris dans la séance du 24 mai 1884,

Par le docteur P. Bouloumié.

Parmi les déformations goutteuses, les seules dont je m'occuperai dans cette communication sont celles qui persistent pendant plus ou moins longtemps après l'accès de goutte ou qui se développent et persistent indépendamment des accès. Je ne citerai donc que pour mémoire, sauf au point de vue du traitement préventif des déformations persistantes, les tuméfactions qui accompagnent les paroxysmes goutteux.

Avec M. Lecorché, je diviserai les déformations goutteuses en 1° tuméfactions régulières (gonflement des jointures et des tissus immédiatement environnants); 2° tuméfactions irrégulières se développant dans les tissus environnant les jointures, parfois même assez loin d'elles, les tophus ; 3° ankyloses succédant à l'épanchement uratique, et j'ajouterai : 4° les déformations par attitudes vicieuses ou par rétractions musculaires, signalées notamment par Scudamore, Trousseau, M. Charcot ; 5° les déformations musculaires et cutanées atrophiques, que j'ai eu plusieurs fois l'occasion d'observer.

Je ne ferai que rappeler ce fait, à savoir que toute attaque de goutte articulaire s'accompagne d'infiltration uratique, les recherches de Garrod, de Cruveilher, de M. Charcot, de M. Cornil, etc., ne laissent pas de doute à cet égard, et je n'insisterai pas davantage sur le siège anatomique de ces dépôts et l'aspect sous lequel ils se présentent à l'examen micrographique ; ce sont là choses connues de tous aujourd'hui.

Les déformations goutteuses dont je parlerai en premier lieu sont les tuméfactions régulières œdémateuses succédant aux accès de goutte ou survenant sans douleur préalable et durant plus ou moins longtemps.

Si nous considérons le premier accès, nous voyons, le fait est du reste bien connu, qu'il est rarement, très rarement même, suivi de tuméfaction persistante. Dans mes observations, je retrouve à peu près constamment cette mention : « Après les premiers accès, pas de déformation ni de gêne persistantes. » Ce n'est généralement qu'après un certain nombre d'accès et plusieurs années de durée de la goutte manifestée que s'accusent ces tuméfactions péri-articulaires, ces empâtements parfois mous, mais le plus souvent durs, comme scléreux même dans certains cas, de toutes les parties qui entourent les jointures atteintes et se distinguent de l'œdème simple qui succède habituellement aux accès, se localise aux mêmes points que ceux-ci et persiste plus ou moins longtemps avec un certain sentiment de faiblesse locale. Ce dernier s'accuse surtout aux membres inférieurs et s'accentue de plus en plus par la station debout ou la marche prolongée, le premier, au contraire, est à peu près immuable et occasionne une gêne généralement plus marquée au lever qu'après un exercice modéré. Des plaques rouges, d'intensité variable, violacées même, accompagnent parfois ces gonflements et témoignent de troubles circulatoires locaux, que j'ai vus arriver jusqu'à la gangrène chez un malade qui avait déjà perdu par gangrène goutteuse la troisième phalange du deuxième orteil droit.

Il n'est pas rare de voir ces œdèmes se produire sans accès de goutte ou sur des points plus ou moins éloignés des articulations atteintes, tantôt ne comprenant que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, tantôt s'accompagnant d'augmentation de volume de toutes les parties voisines de l'articulation et des articulations elles-mêmes jusqu'alors indolentes ou à peu près. C'est chez les femmes surtout que j'ai eu l'occasion d'observer ces tuméfactions, qui envahissent de préférence les mains et attirent particulièrement l'attention des malades en leur rendant douloureux le port des bagues et les obligeant à changer les numéros de leurs gants.

Les gonflements articulaires, de quelque nature qu'ils soient, sont aussi, chez l'homme comme chez la femme, beaucoup plus fréquents à la main qu'au pied, qu'ils surviennent ou non comme conséquence immédiate d'un accès. C'est ainsi que je relève dans mes observations un grand nombre de cas dans lesquels la goutte s'est, pendant une période de 4, 5 et même 8 et 10 ans manifestée aux pieds une et deux fois par an, et même plus souvent, sans laisser de déformation, alors qu'à la suite d'une première atteinte à la main la déformation s'est produite. Parfois aussi c'est sans accès préalable qu'elle est survenue. J'ai constaté les premières, celles qui succèdent aux accès, surtout aux articulations métacarpo-phalangiennes ou bien aux articulations de la phalange avec la phalangine ; les secondes, celles qui surviennent sans accès préalable, particulièrement aux articulations des phalangines avec les phalangettes, sauf au pouce où elles envahissent souvent les articulations carpo-métacarpienne et métacarpo-phalangienne.

Quant aux tophus, je pourrais, avec les auteurs, pour passsr en revue toutes les variétés, les classer d'après leur siège anatomique, leur consistance, etc., mais ceci m'entraînerait à des détails inutiles pour l'exposition de mon sujet ; je ne m'arrêterai un instant que sur la nature, la structure et les transformations de ces tophus. Les tophus sont des concrétions essentiellement uratiques, uratiques et phosphatiques occasionnellement, se développant dans la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, les bourses séreuses ou bien sur les tendons, sur le périoste. (M. A. Ollivier en a constaté de très nombreux, mais à l'état de granulations seulement, dans les méninges rachidiennes.)

Le plus souvent, ils n'apparaissent qu'après les accès et siègent autour des articu-

lations. Quel que soit leur siège, ils sont mous au début et ne durcissent que plus ou moins longtemps après leur apparition, ils restent parfois pendant des mois à l'état fluctuant et grossissent ou se multiplient au moment des accès. Excepté lorsque la goutte déjà invétérée donne lieu à des poussées fréquentes, mais subaiguës, ou lorsque les tophus sont très anciens, il se produit vers eux un mouvement fluxionnaire manifeste, ils deviennent alors douloureux, augmentent de volume et s'infiltrent parfois de sérosité comme les articulations atteintes par le paroxysme goutteux. Il peut, dans ce cas, s'opérer ce que l'on constate parfois à la suite d'une première apparition de tophus : la résorption de la concrétion uratique en même temps que celle de la sérosité récemment épanchée qui lui a servi de dissolvant ; mais ces résorptions ne s'opèrent en général que chez les individus indemnes encore de tout état cachectique. Le plus souvent le tophus se ramollit légèrement et grossit par adjonction de nouveaux éléments uratiques joints à quelques éléments phosphatiques. Je rappellerai à ce sujet que Garrod, confirmant par sa découverte et ses analyses les idées de ses prédécesseurs, a constaté que le paroxysme goutteux enlève au sang l'excès d'urate de soude qu'il contient et que localement il tend à détruire cet excès d'urate dans le sang qui traverse les vaisseaux des jointures atteintes, l'absence d'acide urique dans la sérosité d'un vésicatoire placé sur une partie envahie par la goutte en fournit la preuve.

D'une manière générale le tophus formé, devenu dur, persiste et n'affecte aucune tendance à la résolution spontanée. Quelques-uns, sous l'influence d'une cause externe ou par le seul fait de la destruction de la peau par les concrétions, s'ulcèrent sur un ou plusieurs points et donnent lieu à l'issue d'une bouillie blanchâtre formée en majeure partie de cristaux d'urate de soude. Ces ouvertures spontanées succèdent assez souvent à une inflammation d'apparence phlegmoneuse ; dans ce cas, elles sont généralement multiples d'emblée et donnent issue à une notable quantité de pus au milieu duquel nagent les cristaux d'urate. Livrées à elles-mêmes, ces ouvertures spontanées deviennent le plus souvent fistuleuses ; elles ne tendent qu'exceptionnellement à une cicatrisation rapide.

Quand elles s'oblitèrent, ce n'est habituellement que pour un temps, car il est rare que le foyer se vide spontanément d'une manière complète. Quand l'oblitération est définitive, elle s'opère par une cicatrice dure et rétractile, plongeante en quelque sorte. Les tophus superficiels, cutanés, que l'on constate aux oreilles, aux doigts parfois, mais plus rarement ailleurs, s'exfolient généralement ; on voit pourtant ceux des oreilles, des paupières prendre l'aspect de petits kystes et se vider comme ceux-ci, soit spontanément, soit sous l'influence d'une cause externe.

Il me reste à dire un mot des ankyloses complètes et incomplètes et des raideurs ou pseudo-ankyloses du siège osseux ou ligamenteux, comme les auteurs, et notamment Garrod, Trousseau, Todd et Ranvier, en ont signalé. J'en ai, pour ma part, observé un certain nombre. C'est surtout à la main que j'ai vu ces altérations à des degrés divers, comme du reste les autres déformations goutteuses qu'elles accompagnent souvent. J'en ai relevé dans mes observations un certain nombre de cas que je citerai tout à l'heure. Traitées à temps, elles peuvent être très favorablement modifiées; tandis que, livrées à elles-mêmes, elles suivent habituellement une marche progressive.

Je rappellerai, en terminant la partie nosographique de cette communication:

1° Les déformations, souvent analogues à celles du rhumatisme articulaire chronique progressif (M. Charcot), dues aux positions vicieuses adoptées inconsciemment par le malade pour diminuer les douleurs et aux rétractions spasmodiques des muscles; mais je ferai remarquer que ces causes sont beaucoup plus rarement observées dans la goutte que dans le rhumatisme;

2° Les atrophies, sur lesquelles les auteurs ont plus ou moins appelé l'attention et dont j'ai rapporté quelques observations à la Société de thérapeutique. J'ajouterai à ce que je disais alors que l'atrophie de la peau, donnant aux doigts la forme de doigts de momie, si elle n'est pas, à proprement parler, fréquente, n'est pas du moins absolument rare, lorsque le poignet ou plusieurs articulations des doigts sont envahis par la goutte: la peau est alors mince, lisse, polie, tantôt pâle, tantôt cyanosée et comme soudée aux tissus sous-jacents;

3° Je signalerai enfin les rétractions des doigts survenant consécutivement à un épaississement progressif de la peau, formant en un ou plusieurs points une sorte d'infundibulum et à l'envahissement progressif d'un des tendons fléchisseurs, quelquefois de plusieurs. J'en ai observé un certain nombre de cas dont j'ai pu suivre l'évolution progressive.

La thérapeutique de ces diverses manifestations est généralement très négligée; j'en ai tous les ans la preuve à Vittel, où je vois des goutteux arrivant un peu de partout; et

cependant une médication soutenue, bien conduite, pourrait beaucoup contre certaines d'entre elles.

Partageant en cela, comme sur bien d'autres points d'ailleurs, l'opinion de Scudamore, je crois pouvoir dire, me basant sur des observations suffisamment nombreuses et prolongées, qu'on obtiendrait, d'une médication pour ainsi dire préventive de ces accidents confirmés de la diathèse, de très bons résultats et qu'on diminuerait, grâce à elle, dans une grande proportion, le nombre des goutteux impotents. Pour bien faire, il faudrait que cette médication fût commencée dès le premier accès de goutte, car on ne peut plus douter, après les travaux de Garrod, qu'il ne reste dans tout tissu envahi par la goutte des traces de son passage, et que spécialement les cartilages articulaires ne soient, dès le premier accès, plus ou moins infiltrés d'urate de soude. Bien souvent, il est vrai, ces infiltrations ne constituent pas un obstacle à la fonction, puisque souvent, pendant plusieurs années, les articulations reviennent, après l'accès aigu, à leur forme, à leur volume, à leur fonctionnement normaux; mais elles n'en existent pas moins. On voit aussi parfois s'opérer spontanément la résorption des tophus ; mais si l'on étudie les conditions dans lesquelles cette résorption s'est opérée, on constate que c'est surtout lorsque le tophus était encore mou, ou bien lorsque, sous l'influence d'un accès de goutte ou d'une cause quelconque, il s'était légèrement enflammé. On voit de plus l'inflammation, goutteuse du moins, détruire l'acide urique dans le sang et l'élimination urique et uratique s'opérer tout spécialement par la voie rénale, et l'accès de goutte, véritable crise, aboutir en dernière analyse à cette élimination et provoquer en quelque sorte une saignée urique, selon l'heureuse expression employée par M. Mallez.

Ceci posé, on peut dire que la thérapeutique rationnelle des déformations goutteuses est celle qui s'inspire des indications fournies par la diathèse, par l'accès et par ses conséquences connues, et qui tend à provoquer une évolution éliminatrice analogue, sinon semblable, à celle qui s'opère parfois spontanément, et à ramener vers l'état normal les parties atteintes immédiatement ou médiatement. C'est donc une thérapeutique complexe, variée, soutenue, qu'il faut leur appliquer. Parler ainsi, c'est admettre sans conteste que la goutte, l'accès de goutte et ses conséquences doivent être soignés autrement, mais j'ajoute avec autant de discernement que de prudence.

Chercher à détruire la diathèse est une utopie souvent dangereuse dans ses résultats, qu'on la poursuive par des médicaments minéraux, végétaux ou mixtes, ou par de soi-disant spécifiques; un ensemble de moyens plus encore hygiéniques que médicaux peut seul tendre *sans danger* vers ce but, je ne dis pas l'atteindre. Qu'on se rappelle à ce sujet le travail de Pidoux sur la transformation des maladies qu'on traite à Vichy en maladies qu'on traite aux Eaux-Bonnes. Je dirai donc en quelques mots que c'est par le régime alimentaire, l'exercice, l'influence des milieux joints à l'emploi des eaux minérales et de certains médicaments qu'on peut et qu'on doit modifier l'état diathésique.

Les moyens dont j'ai obtenu les meilleurs résultats chez des malades que n'avait pas suffisamment modifiés la cure faite à Vittel, ou qui me paraissaient réclamer un traitement complémentaire de celle-ci sont les suivants:

1° *Les sels alcalins.* Je ne les conseille jamais qu'après le traitement hydrominéral, deux à trois mois après, isolément ou concurremment avec l'eau minérale prise à domicile; ceux que j'emploie de préférence sont les sels de lithine, le bicarbonate et le benzoate, soit sous forme de pilules, associés à l'extrait de gentiane, suivant une formule empruntée aux prescriptions du professeur Jaccoud, soit en solution dans une décoction de feuilles de frêne, le bicarbonate et le citrate sous forme d'eau gazeuze lithinée artificielle, le bromure de lithium associé à du sirop d'écorce d'oranges amères, ce dernier de préférence aux précédents. Dans le cas où il existe des douleurs subaiguës, les doses normales des uns et des autres de ces sels varient de 20 à 60 centigrammes par jour; leur emploi doit être longtemps continué (six semaines environ). J'ai employé aussi l'iodure de lithium dans quelques cas; il m'a paru agir plus efficacement que l'iodure de potassium sur les tuméfactions articulaires et les périarticulaires régulières, mais je ne peux encore me prononcer exactement sur sa valeur absolue et relative. M. Charcot a obtenu la résorption de tophus par l'emploi de doses élevées (2 et 3 grammes par jour) de carbonate de lithine; je n'ai pas osé employer de pareilles doses, c'est peut-être pour cela que je n'en ai pas obtenu de résultats bien appréciables. Certains goutteux étant manifestement anémiques, bon nombre d'autres ayant une tendance marquée à le devenir, il est souvent bon d'associer à leur traitement, par les sels de lithine, des toniques, des amers, le plus souvent le quinquina, la gentiane, la noix vomique, parfois même des eaux minérales ferrugineuses. Je dirai tout à l'heure un mot des applications externes des alcalins. Je ne parlerai pas de l'emploi du salicylate de soude dans la goutte, je ne

pourrais que répéter ce que j'ai déjà dit à la Société; les faits que j'ai observés depuis n'ont fait que confirmer les conclusions de mon travail de 1879 (1). M. Lecorché l'a employé avec succès, à petites doses longtemps répétées, contre les déformations goutteuses.

2° *Les médicaments végétaux simples et composés.* Parmi eux, je donne la préférence à la colchique, à la *sarracœnia purpurea*, à la feuille de frêne, au quinquina, aux amers et aux toniques en général.

L'emploi du colchique est trop connu pour que j'y insiste; j'ai vu nombre de malades en éprouver d'excellents effets immédiats; mais j'ai, par contre, vu trop de cas dans lesquels son emploi prolongé avait causé manifestement des accidents pour que je le conseille jamais comme un moyen à continuer en dehors des périodes douloureuses de la maladie. Je ne crois pas qu'on puisse sans inconvénient le donner indifféremment à toutes les périodes de l'accès, et qu'on puisse même alors l'administrer sans danger d'une manière continue; je l'ai employé avec avantage pour enlever la douleur au début de l'accès et pour en finir avec des douleurs qui persistaient trop longtemps, c'est vraiment le médicament par excellence de la douleur goutteuse.

Je ferai la même observation au sujet de la liqueur Laville qu'on ne saurait sans cruauté enlever à certains malades; bien employée, elle donne positivement de très bons résultats, mais elle mérite, par l'emploi intempestif et fatalement trop souvent répété qu'en font les malades, de prendre place à côté des spécifiques, vin de colchique, teinture Wilson, eau médicinale de Husson, spécifique de Reynold, et de participer aux reproches bien justifiés que leur adresse Scudamore dans la phrase suivante, dont l'expérience confirme tous les jours la justesse : « Les cas de goutte les plus difficiles et les plus intraitables que j'aie vus ont été ceux dans lesquels le traitement empirique (eau médicinale, etc., etc.) a été employé, et j'ai trouvé une disposition aux rechutes enracinée dans la constitution, en proportion que de semblables moyens ont été longtemps continués. »

Ce n'est donc qu'avec la plus grande circonspection qu'on peut prescrire aux malades l'emploi de ces moyens ; on ne doit jamais leur permettre d'y recourir sans l'avis du médecin, et si l'on ne peut compter que l'accès étant enrayé par le médicament, le traitement régulier qui pourra compenser les effets éliminateurs, épurateurs de l'accès de goutte, sera scrupuleusement suivi. C'est sous la forme de teinture alcoolique que le colchique peut être le plus régulièrement administré, mais il est bon d'employer toujours la même teinture afin d'en bien connaître les effets. J'emploie de préférence la teinture de semences à la dose de 20 à 80 gouttes en vingt-quatre heures. Cette préparation m'a paru la plus régulière dans ses effets.

Je ne dirais rien du quinquina et de la quinine, si je n'avais cru remarquer qu'un certain nombre de médecins, considérant à tort les goutteux comme des malades qu'il faut éviter de tonifier, ne me paraissaient redouter les effets de ces médicaments dans la goutte. Or, le quinquina et ses dérivés sont souvent très utilement employés dans le traitement des accidents ou des complications et des conséquences naturelles de la diathèse. J'ai plusieurs fois, par le bromhydrate de quinine, administré le soir, pendant les deux à trois premiers jours d'un accès, à la dose de 1 gramme, manifestement diminué les douleurs nocturnes périodiques habituellement si cruelles, et l'extrait de quinquina est, dans un grand nombre de cas, très utilement associé au colchique et à la digitale.

La *sarracænia purpurea*, employée sous forme d'infusion de poudre de feuilles, m'a positivement donné de bons résultats, je peux en parler aujourd'hui et répondre, après cinq ans d'observation régulièrement poursuivie, à la question qui avait été posée il y a trois ans par un de nos collègues au sujet des effets de ce médicament. C'est dans les formes subaiguës, mais donnant lieu à des réapparitions fréquentes des douleurs, que je l'ai prescrite avec le plus d'avantages et jusqu'à ce jour sans inconvénient sérieux. Elle doit être employée quotidiennement et pendant très longtemps, deux à trois mois consécutifs, puis reprise après quinze jours à un mois de repos pour une période égale. Au début, j'ai plusieurs fois noté un état nauséeux plus ou moins prolongé, chez quelques malades des vomissements; mais, depuis que j'ai recommandé d'ajouter à la poudre de feuilles de *sarracœnia* quelques feuilles de mélisse pour aromatiser l'infusion, je n'ai plus observé ces phénomènes.

La poudre de feuilles, à l'état de marc, doit autant que possible être prise avec l'infusion; quand elle ne peut être supportée, c'est-à-dire quand elle provoque des troubles gastriques, il est bon d'augmenter la quantité de poudre, mais de ne faire prendre que l'infusion clarifiée, aromatisée. La dose ordinaire est de une à deux cuillerées à café de

(1) Voir *Union médicale*, nos des 15, 20 et 27 mai 1879.

poudre de feuilles, elle peut être portée à trois, mais je n'ai jamais continué ainsi; à la dose de une à deux cuillerées à café, elle ne produit généralement aucun phénomène physiologique manifeste; elle ne modifie pas sensiblement la quantité et la qualité des urines émises dans les vingt-quatre heures; des doses plus élevées ont provoqué des nausées et des selles diarrhéiques.

Elle ne répond pas à toutes les indications que doit remplir le traitement de la goutte, mais spécialement, dans les formes dont j'ai parlé, elle me paraît être un des meilleurs moyens adjuvants du traitement hydro-minéral, celui que l'expérience me permet aujourd'hui de considérer comme le plus utile. Au point de vue particulier des déformations goutteuses, la *sarracœnia* n'a qu'une influence indirecte; en diminuant la fréquence et l'intensité des douleurs, elle ne peut que diminuer la tendance aux déformations par attitudes vicieuses qu'engendrent celles-ci. (*A suivre.*)

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1884.

Pendant la journée du 30 au 31 juillet, on a enregistré, à *Marseille*, 40 décès, parmi lesquels 12 décès cholériques. Celle du 31 juillet au 1er août a été moins bonne, et, de jeudi soir à vendredi soir, on a constaté 26 décès. Enfin le relevé du premier mois de l'épidémie (25 juin au 26 juillet) y mentionne jusqu'à cette date 1,238 victimes. — A *Toulon*, du 31 juillet au 1er août, on a constaté 5 décès cholériques dans la population civile et 2 à l'hôpital Saint-Mandrier; enfin le 1er août, jusqu'à huit heures du soir, 6 autres décès.

La mortalité cholérique ne diminue pas à *Aix*; du 31 juillet au 1er août, elle était de 5 décès, et le 1er août de 6 en ville. En même temps, on signalait 1 décès à Tholonet et 1 autre à Berre.

A *Arles*, il y a eu 2 décès du 31 juillet au 1er août, et 8 le 1er août. De plus, à ce chiffre, il faut ajouter 4 décès à l'hôpital et 1 dans la banlieue.

En *Italie*, le foyer cholérique de Pancalieri est entouré par un cordon militaire qui l'isole de Turin, dont il est distant de vingt-cinq kilomètres seulement. La quarantaine à laquelle sont soumis ses habitants est de quinze jours, et à la date du 1er août on comptait parmi eux 21 cas de choléra, chiffre relativement élevé pour une population de 2,000 habitants.

Le *Journal officiel* publie un décret et un arrêté, établissant dans quelques gares des chemins de fer de Lyon, du Midi et d'Orléans un service de médecins délégués par les préfets. Ils auront « le droit d'obliger les voyageurs qui seraient reconnus malades à « suspendre leur route, ils pourront les faire transporter, pour leur donner leurs soins, « dans des locaux spéciaux, aménagés à cet effet en dehors, mais à proximité des « gares ».

Dans ce but, ils se trouveront dans les gares au passage des trains pouvant amener des voyageurs venant des localités contaminées et recevront pour chaque vacation une indemnité de dix francs.

Sans discuter les objections qu'on fera à ces mesures et l'utilité des visites ainsi interprétées, constatons que l'invasion de l'épidémie date de sept semaines et qu'aujourd'hui seulement, après six semaines de réflexions, de tergiversations et d'hésitations, M. Hérisson se décide à agir et à agir très incomplètement. C'est une tardive célérité. Si de tels délais étaient employés par les préfets pour la constitution du personnel des délégués, l'épidémie serait éteinte depuis longtemps que les nouveaux fonctionnaires recevraient leur commission. — C. L. D.

BIBLIOTHÈQUE

De l'assoupissement morbide et de la somnolence (Contribution a la pathologie du sommeil) *On morbid drowsiness and somnolence. A contribution to the pathology of sleep*, par M. C.-L. Dana. New-York. 1884.

Ce mémoire a été publié il y a trois mois dans le *Journal of nervous and mental diseases*. Il a pour but d'attirer l'attention des cliniciens sur certaines formes de somnolence et d'assoupissement. Au point de vue étiologique, ces états pathologiques dépendent de causes diverses : cérébrales, gastriques, climatériques, etc., etc., et, cliniquement, présentent des variétés de forme. Ils peuvent, en effet, consister dans la pro-

longation exagérée du sommeil normal, dans une somnolence continue ou par accès, ou bien encore dans une sorte de léthargie persistante.

Conséquemment, M. Dana les groupe en trois catégories : l'état de somnolence de l'épilepsie, plus particulier aux individus atteints de petit mal; celui de l'hystérie, auquel se rattache la léthargie, le somnambulisme et le mesmérisme; enfin, dans un dernier groupe, les états de somnolence dont la pathogénie est moins bien connue. Il en a pu réunir 12 cas sur la série de 49 faits dont il a trouvé l'histoire dans les auteurs, ou dont il a été témoin.

Ce petit mémoire mérite lecture pour les renseignements précieux qu'il donne sur la question mal connue des léthargies. A ce titre, il a sa place marquée dans la bibliographie des traités des névroses de l'avenir, et sera consulté avec intérêt et profit par leurs futurs auteurs. — C. E.

REVUE DES JOURNAUX

De l'iodoforme contre la cystite chronique, par Prince. — C'est sous forme d'injections intra-vésicales que cet observateur a fait usage de l'iodoforme contre la cystite chronique. Voici la formule de cette préparation : 1 drachme 1/4 d'iodoforme était additionné de 1 drachme 1/2 d'amidon, et on dissolvait ce mélange dans 8 onces d'eau; 3 onces de cette préparation étaient la dose de chaque injection. (*Saint-Louis. Med. and surg. Journ.*, nov. 1883.) — C. L. D.

L'iodoforme en injections contre la blennorrhagie, par Campana. — C'est aussi bien contre la blennorrhagie aiguë que contre les écoulements uréthraux choniques que M. Campana fait usage des injections d'iodoforme : R. Iodoforme, 20 grammes ; — acide phénique, 10 à 20 centigrammes ; — glycérine, 80 grammes ; — eau distillée, 20 grammes. On administre d'abord une seule injection en vingt-quatre heures, et, après deux ou trois jours, on porte ces injections quotidiennes au nombre de deux. Vers le dixième jour, s'il existe encore des phénomènes inflammatoires, on substitue à cette solution une injection mucilagineuse de sulfate de zinc. (*Gazz. med. ital. lomb.*, 19 janvier 1884, et *The L. med. Rec.*, 15 avril 1884.) — C. L. D.

Douleurs des jambes dans l'alcoolisme, par Clifford Albutt. — Les douleurs tibiales seraient un des caractères de l'alcoolisme chronique, et s'observeraient plus souvent chez l'homme que chez la femme. Elles siègent au niveau du mollet, s'accompagnent d'hyperesthésie cutanée et ont mis l'auteur sur la voie du diagnostic chez des femmes qui dissimulaient leurs habitudes alcooliques. Elles seraient l'effet d'une irritation de la moelle ou bien de ses enveloppes. (*Brit. med. Journ.*, février 1884, p. 397.) — C. L. D.

La nourriture des vaches laitières et son influence sur la composition du lait, par M. M. Girard. — Dans ce rapport intéressant à la Société de médecine publique, le directeur du laboratoire municipal de Paris a étudié cette question au point de vue pratique. Parmi ses conclusions, les suivantes intéressent autant les hygiénistes que les producteurs de lait.

Il constate d'abord que la glande mammaire n'est pas un filtre assez parfait pour assurer la purification de l'eau et des liquides chargés de principes toxiques. On doit donc éliminer de l'alimentation toute substance contenant un principe nuisible : germe, microbe ou poison. Conséquemment, il n'est pas indifférent, comme le font certains nourrisseurs, de faire consommer aux vaches les litières venant des écuries. Enfin, M. Girard a démontré par l'analyse de faits nombreux que le lait des animaux alimentés par des drèches en excès, et c'est le cas de la plupart des vaches tenues à l'étable dans Paris, est d'une qualité inférieure. (*Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 20 mai 1884 p. 361.) — C. L. D.

Propriétés de l'urine après l'absorption du baume de copahu, par H. Quincke. — Cette urine devient rose, puis pourpre par l'addition d'acides minéraux et donne un précipité violet sale. Elle réduit l'oxyde cuivrique, et cette réaction est d'autant plus importante que la coloration de l'urine ne s'observe pas dans les cas où, au lieu d'administrer le baume contenant l'essence de copahu, on fait absorber la résine pure. (*Berichte der deutsch. chem. Gesellschaft* et *Annales de la Soc. méd. chir. de Liège*, mai 1884, p. 213.)
C. L. D.

Des injections sous-cutanées de sels de fer, par Glaevecke. — L'auteur a expérimenté sur des lapins et constaté qu'une demi-heure après l'injection le fer apparaissait déjà dans les urines. Son élimination n'était complète qu'après vingt-cinq heures.

La dose du sel de fer administrée à l'homme par cette voie est de 1 centigramme par jour. Quand on la dépasse et qu'on l'augmente jusqu'à 2 centigrammes, on observe des accidents. (*Berichte der deutsch. chem. Gesellschaft* et *Ann. Soc. méd. chir. de Liège*, mai 1884, p. 213.) — C. L. D.

COURRIER

Sur l'initiative du docteur Garrigou, directeur de la *Revue d'hydrologie et de climatologie pyrénéennes*, les médecins dont les noms suivent ont signé la protestation suivante:

En présence des bruits malveillants que des individus intéressés sans doute se plaisent à répandre sur les station s thermales des Pyrénées, les médecins de ces stations ont cru devoir, dans l'intérêt de tous, protester en masse et déclarer que l'état sanitaire des villes thermales pyrénéennes est aussi parfait que possible.

Il n'y existe l'indice d'aucune épidémie.

Ont signé : A Luchon, les docteurs Azémar, Castex, Doit, Valdès, Chapelon, Estradère, Fontan, Dulac, Gourraud, Ferras, Delavarenne, Verdalle, Lavergne, Garrigou ; les officiers de santé E. Margoton, G. Margoton, Mondon. — A Cauterets, les docteurs Duhoureau, Raveau, Gerraud, Guinier, Génac, Lagrange, Michel Evariste, Daudirac, Flurin, Roziés, Bougvies, Moinet, Bouyer, de Larbès, Robert, Farges, Dapré, Bordenave, Lahillonne, Pedibou, Bezy (officier de santé). — A Saint-Sauveur, les docteurs Caulet, Blondin, Laffount, Labail, Mur. — A Baréges, les docteurs Armieux, Betout, Grimaud. — A Aulus, les docteurs Alrig, Bordes-Pagès (les autres étaient absents). — A Bagnères-de-Bigorre, les docteurs Dejeanne, Collongues, Grenier, Bourdette, Cazalas, Layteize, Bougombles, Gaudy, Cauzier, de Larbès. — A Ax (Ariège), les docteurs Auphan, Astrié, Pujol, Palenc, Mourier (officier de santé). — A Amélie-les-Bains, les docteurs Genieys, Arnald, Pujade. — A Dax (Landes), les docteurs Bourretère, Dimulle, A. Fourgs, Labatut, A. Lavielle, Emile Raillard, A. Mora, Saintorens. — A Capvern, les docteurs Delfau, Cazeneuve, Bouzigues, Sancery.

— M. le docteur Le Juge de Segrais a été nommé médecin de l'asile de la fondation Doüaud à la place de M. le docteur Charrier, démissionnaire.

Mœurs des étudiants allemands. Suicide. — Le suicide d'un étudiant de l'université de Strasbourg a produit une vive émotion dans la population. Voici les causes qu'on attribue à la funeste résolution de M. Aettner. Il y a quelque temps, plusieurs étudiants appartenant à la corporation *Palatia* se trouvaient en excursion dans la Forêt noire. A Durbach, une de leurs étapes, ils envahirent une salle où une société d'excursionnistes se trouvait réunie, et se conduisirent d'une manière fort inconvenante. L'affaire fit du bruit, un article de blâme parut dans un petit journal de Strasbourg ; le conseil d'élite (Ausschus) des étudiants fut convoqué, et Hettner fut un de ceux qui se prononcèrent avec énergie contre la conduite des étudiants en question. La conséquence en fut que plusieurs membres de la *Palatia* le provoquèrent en duel au sabre. Hettner refusa, disant n'avoir pas le temps de s'exercer à cette arme. Il offrit, dit-on, de se battre au pistolet. Cette offre fut rejetée et la *Palatia*, se constituant en tribunal, déclara Hettner disqualifié (satisfactions un faehig). La chambre disciplinaire de l'université annula bien cette sentence ; mais Hettner, esclave de ce faux sentiment d'honneur qui exerce dans les universités allemandes une véritable tyrannie, se donna la mort. L'autorité universitaire a pris la décision de dissoudre le corps des étudiants de la *Palatia*

(*Progrès médical.*)

Société de médecine légale. — Séance du lundi 4 août 1884, à quatre heures très précises, au Palais de justice (salle d'audiences de la 5e chambre du tribunal civil). — *Ordre du jour* : I. Rapport de la commission d'élection sur les titres des candidats à dix places de membres correspondants nationaux. — II. Vote sur les conclusions du rapport de M. Rocher, relatif aux certificats demandés par les compagnies d'assurances sur la vie. — III. Relation par M. Barthelemy d'un fait d'empoisonnement volontaire par la strychnine ayant soulevé une question de secret professionnel. — IV. Rapport de M. Sorquet sur deux cas d'infanticide.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

Revue de clinique Médicale des Hôpitaux

LA MALADIE DE HOGDSON

(SON DIAGNOSTIC, SA PATHOGÉNIE, SON TRAITEMENT).

Hôpital Bichat. — (Service de M. Henri Huchard.)

Dilatations de l'aorte et maladie de Hogdson. — Ses premiers monographes et sa réhabilitation — Ses symptômes et ses lésions. — Signes cardiaques et aortiques. — Diagnostic différentiel. — Diagnostic pathogénique ; *dilatation de cause anatomique :* sénilité, athéromasie, aortite aiguë. — Affection aortique primitive et cardiopathie secondaire ; *dilatation par encombrement vasculaire :* aorte forcée et cardiopathie primitive. — Indications pronostiques : marche chronique, marche aiguë. — Indications thérapeutiques : 1° contre les lésions aortiques ; 2° contre le trop plein vasculaire. — Iodures alcalins et digitale.

Ignorées des uns et niées par les autres, les dilatations vraies de l'aorte ont été longtemps et souvent mises en dehors des livres classiques ou confondues dans le chapitre des anévrysmes de cette artère. C'était une erreur, car signalé par Morgagni, Sénac et Burns, quelque peu décrit par Scarpa et Corvisart, cet état morbide depuis Hogdson ne méritait pas ce dédaigneux oubli.

Ces titres historiques lui donnent droit à une réhabilitation, aussi M. Constantin Paul en a-t-il tenu bon compte dans les pages où il s'est inspiré des travaux du médecin anglais, et dernièrement, dans ses conférences, M. Henri Huchard a montré l'importance clinique d'une maladie digne de recevoir le nom de Hogdson, qui sans l'avoir découverte en fut du moins le plus complet monographe.

Naguère, on la disait rare : c'était une maladie d'exception ; son diagnostic passait presque pour un tour de force clinique ; jugement téméraire, comme le prouve sa fréquence relative, puisque dans le cours de quatre semaines on en reconnaissait deux cas dans le service de M. H. Huchard. Ces cas étaient d'une incontestable authenticité et pour l'un d'eux on a pu, dans l'autopsie habilement conduite par l'interne distingué du service, établir la relation des lésions avec les symptômes.

L'histoire de ce malade était instructive. Agé de 64 ans, depuis vingt-huit années livré aux travaux de force, syphilisé il y a trente ans, notablement alcoolisé depuis, il entrait à la fin de février dernier avec le signalement clinique suivant : pâleur des téguments, coloration anémique du visage, toux, gêne respiratoire, matité aux deux bases, râles muqueux et sibilants, expectoration aérée, urines albumineuses et uratiques, enfin extension de la matité hépatique au-dessus du rebord des fausses côtes au quatrième espace intercostal.

Conséquemment, trois *organes d'hématopoièse étaient mis en cause : le poumon, le rein, le foie.* Et, cependant, le foyer morbide principal était ailleurs, c'est-à-dire dans le système circulatoire. Témoin, les symptômes suivants : battement de la pointe du cœur derrière la sixième côte gauche, à 14 centimètres de la ligne médiane, impossibilité d'une exacte délimitation de la matité et du volume du cœur, exagération de son impulsion qui soulève la tête de l'observateur ; enfin, bruits morbides : 1° à la pointe, où on entend un léger souffle au premier temps ; 2° à la base, où il existe un souffle systolique prolongé jusque dans la diastole, vibrant, dur,

à maximum sous la troisième articulation chondro-sternale droite, à propagation jusque dans le cinquième espace intercostal droit. C'étaient des signes accusateurs d'une insuffisance orificielle aortique, conséquemment *d'une cardiopathie.*

Ce n'était pas tout : la matité préaortique dépassait d'un demi-centimètre le bord droit du sternum. On reconnaissait à l'exploration des gros vaisseaux un bruit sec et métallique de claquement des sigmoïdes, des battements artériels cervicaux : le pouls facial, le pouls carotidien, le soulèvement des sous-clavières, l'inégalité des pulsations des deux radiales, petites à droite, fortes et dures à gauche; tous phénomènes à marche et à intensité croissantes depuis l'admission à l'hôpital. Ces symptômes révélaient des altérations de l'aorte, et faisaient du malade un *aortique*, ou mieux, par leur adjonction aux précédents, un *cardioaortique.*

J'ajouterai, pour être complet, qu'il existait de l'athéromasie artérielle et de l'encombrement veineux avec œdème ascendant des membres inférieurs, des bourses, de la paroi abdominale avec un épanchement pleural unilatéral d'abord, récidivant et bilatéral plus tard qui nécessita la thoracentèse.

La macération de digitale provoqua le retour des urines en quantité et la diminution relative de leur taux en urée; l'iodure de potassium à l'intérieur fut prescrit par M. Huchard; mais ces tentatives thérapeutiques ne donnèrent pas de résultats durables, et, après des alternatives d'aggravation et d'amélioration, le malade mourut subitement; terminaison justifiant d'ailleurs le pronostic et le diagnostic établis dès les premiers jours, à savoir : *dilatation anévrysmale de la crosse aortique, avec insuffisance mécanique de l'orifice cardio-aortique ; troubles cardio-vasculaires secondaires et athéromasie.*

Les lésions anatomiques en ont donné raison. En effet, le volume de l'aorte au-dessus de son origine était exagéré; son diamètre transversal mesurait 5 centimètres et sa circonférence 11 centimètres. Aussi, elle avait contracté d'autres rapports avec les organes voisins : à droite, elle dépassait de 21 millimètres le bord sternal et repoussait en dehors la veine cave supérieure; en haut, elle s'avançait jusqu'à 1 centimètre de la fourchette sternale, refoulant le tronc brachio-céphalique veineux; en avant, elle était recouverte par le bord antérieur du poumon droit.

Vascularisée à sa surface externe, sa paroi était intérieurement blanchâtre, maculée de plaques athéromateuses, calcarifiées ou ramollies à divers degrés. L'orifice vasculaire était insuffisant à l'épreuve de l'eau, et ce défaut d'occlusion des valvules sigmoïdes indépendant de lésions à ces dernières, mais conséquent à la dilatation excessive de l'aorte. Ces altérations sont donc bien celles d'une dilatation vraie de l'aorte sans anévrysme, mais avec insuffisance orificielle.

Le volume du cœur était accru, la paroi ventriculaire gauche hypertrophiée, sa surface marquée de plaques laiteuses; par contre, le myocarde, l'endocarde et les valvules étaient exempts de toutes altérations.

Le péricarde et les plèvres contenaient bien du liquide, et ce liquide pleural séreux plutôt que fibrineux donnait raison de l'abaissement du foie et du refoulement des poumons; enfin, les reins atrophiés et dégénérés étaient l'indice d'une généralisation de l'artério-sclérose.

A côté de lésions des organes centraux de la circulation, on notait les altérations des artères originaires de la crosse de l'aorte, la sous-clavière droite était moins volumineuse que la sous-clavière gauche; par contre, cette dernière, ainsi que le tronc brachio-céphalique artériel et la carotide primitive, étaient augmentés de calibre; leur lumière mesurant respectivement 14, 10 et 7 millimètres. Atrésie d'une part, dilatation d'une autre part, voilà des lésions bien en rapport avec l'inégalité du pouls des artères radiales de droite et de gauche.

Ce sont donc les altérations constitutives de la maladie de Hogdson, « de

« ces augmentations de calibre sans solution de continuité des tuniques « vasculaires, sans cavité distincte, sans coagulation et sans stratification dans leur cavité ». C'est l'amplification de la crosse aortique, sans lésions tuniquaires, la dilatation anévrysmale vraie, l'anévrysme cylindroïde de la *Nosographie* de Sauvage, ayant pour résultat les changements de rapports de l'aorte et de ses branches avec les organes voisins, et très souvent aussi, mais accessoirement, l'insuffisance des sigmoïdes et les altérations en calibre et en structure des artères de la tête et des membres supérieurs.

Après cela, il est aisé d'établir la physiologie de ce processus morbide. L'athérome aortique ayant été le point de départ, la perte d'élasticité de ce vaisseau en est la conséquence immédiate, la dilatation par la pression sanguine excentrique l'effet médiat. Enfin, le retentissement sur les organes circulatoires et l'asthénie cardio-vasculaire en sont l'échéance d'autant plus fatale que l'artério-sclérose se sera plus rapidement généralisée.

Ces cas sont le plus souvent complexes ; il est donc d'utilité pratique d'en préciser les indications diagnostiques et thérapeutiques. Trois séries de phénomènes morbides constituent l'appareil de la maladie de Hogdson : 1° des symptômes aortiques ; 2° des troubles cardio-vasculaires généraux ou locaux ; 3° des modifications de la respiration ; de là, par conséquent, trois séries d'états pathologiques susceptibles d'être confondus avec elle : des maladies de l'aorte, des cardiopathies, des affections des voies aériennes.

Chez le malade précédent, M. H. Huchard a demandé aux signes physiques les données diagnostiques. En effet, dénonciateurs de l'augmentation du volume de l'artère et de son déplacement, ils indiquent la lésion caractéristique. Il faut donc explorer les *limites de la matité préaortique* en haut du sternum et en dehors de son bord droit ; elle variera sur 1, 2, 3 et même 9 centimètres ; le *siège des bruits aortiques* à droite de cet os, vers le deuxième espace au début ; en largeur plus tard, alors qu'il s'étale ; en hauteur et vers les vaisseaux du cou plus tard encore, à mesure que l'aorte se dilate ; en bas enfin, quand le cœur hypertrophié s'alourdit et s'abaisse.

On cherchera encore *l'élévation des battements de la sous-clavière* et surtout de la sous-clavière gauche qui, en raison de cet exhaussement, deviendra compressible ainsi que l'a montré naguère M. Albert Faure. La compression devient un utile moyen de vérification en suspendant volontairement le phénomène du pouls dans le membre supérieur.

Alors aussi on constatera une sorte d'ondulation dans le deuxième espace intercostal droit, de la dureté ou de la sécheresse du bruit et du claquement valvulaire, puis à ces signes aortiques d'élargissement et de déplacement vasculaires s'ajoute au premier temps et dans le deuxième espace intercostal, un souffle débutant avec la systole, persistant avec elle et ne se terminant qu'au moment du claquement des sigmoïdes. C'est le bruit clangereux dont M. Gueneau de Mussy a établi la grande importance dans les affections aortiques, mais qui possède ici une valeur diagnostique moins absolue (1).

D'ailleurs, aucun de ces signes n'est pathognomonique ; leur ensemble permet seulement la différenciation de la maladie de Hogdson, avec l'aortite aiguë et l'anévrysme commençant. Dans le cas actuel, l'aortite aiguë était hors de cause ; on pouvait l'affirmer de par l'étendue de la matité préaortique, presque nulle dans l'aortite et de par l'évolution continue de la maladie si différente de la marche à répétition des aortites aiguës.

Quant au diagnostic de ces signes physiques avec ceux de l'anévrysme,

(1) Cuffer : *France médicale*, 1883.
Voir aussi Grœdel : *Berliner klinische Wochenschrift*, 21 avril 1884.

il n'est pas sans difficulté au début de la maladie. Il n'y a pas lieu de s'en étonner puisque la maladie de Hogdson a été regardée comme le premier stade d'un processus dont la tumeur anévrysmale serait le dernier. A une période tardive de la maladie, l'hésitation serait moins motivée, car l'anévrysme se manifestera par ses signes classiques. Enfin, dans l'auscultation, il faudra tenir compte à la fois du timbre du souffle aortique, d'autant plus rude que l'athéromasie est plus développée, de son siège pour éviter toute erreur de lieu, et de la confusion possible avec celui de l'insuffisance pulmonaire des chloro-anémiques.

J'arrive aux phénomènes cardio-vasculaires de la maladie de Hogdson. Un malade avait de l'inégalité des battements des deux radiales, phénomène classique du pouls anévrysmal. Ce pouls avait quelques caractères du pouls de l'athérome et même du pouls de Corrigan.

Chez une autre malade, au lit n° 27 de la salle Récamier, il est dur, vibrant, franchement athéromateux. Cette femme a 60 ans, de l'insuffisance avec rétrécissement de l'orifice aortique cardiaque, de l'hypertrophie, et de plus des signes de dilatation aortique. A l'hôpital Tenon, où M. Huchard l'observa dans son service, son signalement clinique était celui d'une cardiaque nettement valvulaire. Depuis, elle est devenue aortique, de sorte que la succession des phénomènes morbides a été celle-ci : lésions organiques orificielles primitives, maladie de Hogdson secondaire.

Ce retentissement peut s'étendre plus en arrière. Artériels par maladie de Hogdson et cardiaques par élargissement mécanique de l'orifice ventriculo-aortique, ces malades pourront entrer dans la mitralité par dilatation du cœur et insuffisance mitrale. De là des troubles de la circulation périphérique et de l'irrigation sanguine viscérale, phénomènes en rapport avec ces cardiopathies épisodiques, de là encore des hydropisies et des œdèmes dont l'asthénie cardio-vasculaire et l'athéromasie donnent suffisamment raison.

Reste le diagnostic des symptômes respiratoires : toux, menaces de suffocation, dyspnée d'effort. Ils existaient depuis plusieurs années chez le premier des malades précédents. De plus, comme ces manifestations inaugurales de la maladie coïncidaient avec les premiers froids de l'hiver, cet individu se croyait atteint de bronchites saisonnières. Enfin, à une période plus avancée, ces troubles respiratoires en imposèrent un instant pour un accès d'asthme et firent croire, soit à l'asthme cardiaque, soit à l'asthme vrai. Interprétation erronée, puisque la dyspnée a les caractères de la dyspnée aortique, c'est-à-dire de la dyspnée d'effort dont M. H. Huchard a fait connaître les allures dans son *Mémoire sur l'angine de poitrine.* Enfin, elle diffère des menaces de suffocation et d'asphyxie du cours de l'anévrysme aortique, qui sont dues à la compression mécanique des voies aériennes.

L'existence de la dilatation de l'aorte étant établie, il reste à en apprécier les conditions étiologiques et pathogéniques. En d'autres termes, après le diagnostic de la lésion, celui du malade. Or, l'anatomie et la physiologie pathologique montrent que cette lésion peut avoir une double origine.

La paroi aortique a-t-elle perdu sa résistance à la pression excentrique du sang ? La dilatation est de *cause anatomique* : c'est la dilatation par lésions tuniquaires de *sénilité* chez les vieillards, où elle est fréquente ; d'*artério-sclérose* chez les athéromateux, les diathésiques, les syphilitiques et les alcooliques, ou d'*inflammation* dans *l'aortite aiguë*, que la perte de résistance dépende d'un processus dégénératif, ou qu'elle soit dans certains cas, comme le voulait Hogdson, l'effet d'une sorte de paralysie de la paroi artérielle.

La paroi aortique est-elle primitivement et anatomiquement intacte ? Son élasticité a été vaincue par la pression intra-vasculaire, que cette pression soit consécutive à l'*encombrement* circulatoire *par trop plein*

vasculaire ou bien à un *excès de travail du myocarde*. C'est la dilatation de l'*aorte forcée*.

Celle-là sera une dilatation aortique, physiologique dans la pléthore gravidique des femmes enceintes; la dilatation par obstacle en aval dans la sténose congénitale de l'aorte thoracique ou abdominale, enfin un élargissement temporaire de la crosse pendant les efforts musculaires. Celles-ci ne seront autres que les dilatations secondaires par lésions en amont, dans les cardiopathies par insuffisance des orifices ou par hypertrophie ventriculaire du cœur gauche.

Ici, dilatation d'une aorte surmenée; là bas, dilatation de l'aorte usée des vieillards, forcée des manouvriers, ou dégénérée des scléreux. D'une part, défaillance de la paroi artérielle, de l'autre violence par pression sanguine excentrique. Le plus souvent encore, est-il besoin de le dire, aux lésions anatomiques tuniquaires jouant le rôle de cause prédisposante, s'ajoute, comme cause efficiente, l'intervention de l'un ou l'autre de ces facteurs dynamiques. Cette dilatation aortique de *cause mixte* possède donc une double origine, l'athérome artériel et la pression excentrique intra-vasculaire.

Il est inutile, après cela, de noter le siège habituel de la maladie sur la crosse de l'aorte, au point où l'effort exercé par la pression du sang est le plus grand, et où l'ondée de ce liquide se brise sur la courbure du vaisseau (1); par contre, son extrême rareté sur la portion descendante de l'aorte thoracique, et l'immunité de l'aorte abdominale à l'égard de la maladie de Hogdson.

Ce n'est pas tout : ce diagnostic pathogénique donne encore des renseignements sur la marche, la terminaison, le pronostic et les indications thérapeutiques de cet état morbide.

La marche en est aiguë ou chronique, et l'évolution primitive ou secondaire. Aiguë et passagère, elle s'instaure brusquement et disparaît avec la cause pathogène. Chronique, elle débute silencieusement, rétrograde rarement avec des arrêts plus ou moins longs ; elle aboutit habituellement à la cachexie cardiaque. C'est une maladie qu'abrégeront peut-être des incidents pathologiques, ruptures de compensation, ou asystolie et que la mort terminera soit subitement, comme dans le cas actuel, soit à une longue échéance par la généralisation de l'artériosclérose.

La thérapeutique a donc le devoir d'intervenir activement pour retarder cette terminaison, solliciter une amélioration et parfois même obtenir une guérison durable ou inespérée. Dans ce but, M. Huchard s'efforce de satisfaire à une double indication :

1° Combattre l'athéromasie aortique par l'administration des iodures alcalins et de préférence de l'iodure de sodium, agent qu'il considère comme le médicament aortique.

2° Diminuer l'encombrement vasculaire directement par des saignées déplétives, indirectement par les spoliations du liquide sanguin à l'aide des diurétiques, des purgatifs, ou plus indirectement encore par la diète sèche et le régime de Valsava (2).

On a reproché à ce régime d'enlever au sang sa plasticité. Cette objection avait sa valeur dans la cure des anévrysmes ; elle n'est pas légitime dans la maladie de Hogdson, où il faut diminuer la pression et le volume du liquide sanguin à mouvoir. Enfin, est-il besoin de le dire, les préparations de digitale, et surtout la macération de digitale, ne sont guère indiquées que pour restaurer la contractilité cardiaque défaillante. Leur rôle est donc effacé ; néanmoins, ici, peut-être plus qu'ailleurs, la digitale mérite de conserver son surnom de quinquina du cœur. Ch. ELOY.

(1) HOGDSON : *Traité des maladies des artères et des veines*, trad. de Breschet, 1819; — VALLEIX : *Guide du méd. praticien*, t. III, p. 224.

(2) Voir H. HUCHARD : *Soc. de thérap.*, 1884.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1884.

Du 1er au 2 août, la mortalité cholérique de *Toulon* a été de 6 décès sur 9, dont 4 décès à l'hôpital Bon-Rencontre. A cette date, le mouvement hospitalier était celui-ci : à l'hôpital Bon-Rencontre, pas d'entrants et 4 sorties, sur un effectif de 28 cholériques; à l'hôpital Saint-Mandrier, 3 entrées, 5 sorties et 91 malades en traitement. Du 2 au 3 août, il y a eu seulement 3 décès cholériques, malgré le retour de nombreux émigrants.

A *Marseille*, le bulletin officiel du 1er au 2 août mentionne 40 décès, dont 16 cholériques. Du 2 au 3 août, ceux-ci ont été de 15.

Pendant la journée du 1er au 2 août, on a signalé 7 décès à *Arles*, parmi lesquels 4 cholériques : 3 à l'hôpital et 1 en ville. Aux environs d'*Aix*, à Frets et à Peynier, on signale 1 décès.

Enfin, à *Avignon*, on a enregistré 1 décès cholérique à l'hôpital et 2 nouveaux cas en ville, entre autres celui d'un garçon de l'hôtel où décédait du choléra une personne émigrée de Marseille. De plus, à Sainte-Cécile, on aurait observé un autre cas sur une personne venant de Fréjus.

En *Italie*, l'épidémie continue de faire des victimes à Pancalieri, où, depuis l'invasion jusqu'au 1er août, on signale 27 cas et 8 décès. D'autres villages du Piémont, Osasco et Cassi-Nasco, sont contaminés; il en est de même de Montenotte, Villafranca, Asti, Palmaria, Lucques et Jargafagnana, localité des environs de Lucques, où le nombre des cas s'élevait à 6 dans la journée du 1er août.

Le dernier fascicule (1er août) de la *Klinische Wochenschrift* contient la première partie du discours que M. Koch prononçait le 26 juillet devant le Reichsgesundheitsamt. Il y passe en revue et discute les causes et les conditions de l'évolution des épidémies cholériques en général; mais ce terrain n'est pas celui où le directeur de l'Office sanitaire se sent à l'aise. Il préfère le traverser rapidement et en revenir à la monographie du microbe virgule et à son histoire naturelle.

Ce microbe cholérigène se multiplie rapidement entre 30 et 40 degrés, supporte une température inférieure : à 17 degrés, sa vitalité est ralentie; au-dessous de 16 degrés, son développement s'arrête; cependant, même après l'exposition à 10 degrés, les microbes, dont l'évolution a été suspendue, retrouvent leur activité quand ils sont mis à nouveau dans des conditions normales de température et d'humidité.

Ils meurent rapidement « quand ils sont exposés à la sécheresse. En examinant les linges de cholériques que l'on avait fait sécher... les bacilles étaient morts. » C'est là, on le sait, un point de haute importance pour M. Koch et ses adhérents.

Les tentatives d'ensemencement du sol avec les bacilles ne semblent pas donner satisfaction, car, dans ces conditions, ils n'ont jamais une existence prolongée. Il en est de même de leur culture dans la gélatine; celle-ci a cependant été continuée durant six semaines dans le pus, le lait et même sur des branches de pomme de terre, de sorte que les résultats de ces recherches témoignent, d'après M. Koch, de la nature de ces micro-organismes. Ceux-ci ne possèdent donc pas la résistance ordinaire des bacilles aux agents de destruction et rentrent dans la catégorie des *spirillum*, microbes qui vivent dans l'eau seulement et que la sécheresse détruit. De là aux conclusions pratiques qu'on promettait, il y a encore bien loin! — C. L. D.

REVUE DES JOURNAUX

Journaux anglais et américains.

Des feuilles d'Uva ursi et de l'Arbutin au point de vue chimique et pharmacologique dans l'économie, par Lewin. — Bright recommande, dans le traitement qui porte son nom, l'emploi de l'Uva ursi, et, de nos jours, il est préconisé contre les catarrhes vésicaux.

A quoi l'Uva ursi doit-il ses propriétés thérapeutiques? quels changements subit-il dans l'économie? et comment agit-il? Telles sont les trois questions que le professeur Lewin (de Berlin) s'est attaché à résoudre. Les feuilles de l'Uva ursi contiennent du tannin, de l'acide gallique, de l'*Urson* et un glucoside l'*Arbutine*. Les propriétés thérapeutiques de l'urson sont nulles, car cette substance n'est soluble ni dans l'eau ni dans les solutions acides ou alcalines.

L'arbutin est soluble dans l'eau, possède un goût amer, se décompose par l'ébullition

en sucre, méthylhydrochinon et hydrochinon. Il ne fermente pas par l'addition de levure. Il fait dévier à gauche le plan de polarisation de la lumière. Un de ses caractère très remarquables, c'est qu'il ne peut être séparé par filtration, par le charbon animal ou végétal, de ses solutions chaudes ou froides.

Le plan de polarisation est d'autant plus dévié que la décoction d'Uva ursi est plus concentrée.

L'hydrochinon est indifférent à la lumière polarisée.

Les feuilles d'Uva ursi agissent par l'arbutin et par l'acide tannique qu'elles contiennent. Lorsque l'arbutin est introduit dans l'économie, soit par la bouche, soit par la voie hypodermique, voici ce qui se passe :

L'Arbutin est converti en hydrochinon, lequel, à son tour, se convertit en sulfate d'hydrochynon. L'urine rendue à cette période assume au contact peu prolongé de l'air une couleur vert olive clair par suite de l'oxydation de l'hydrochinon. Mais si l'urine est conservée plus longtemps au contact de l'atmosphère, elle devient rapidement alcaline, et le sulfate d'hydrochinon, en raison de cette alcalinité croissante, se décompose, donnant naissance de nouveau à une certaine quantité d'hydrochinon libre et à des sous-composés dont la nature est encore mal connue. La couleur de l'urine passe de l'olive clair au vert foncé et au brun.

Les mêmes phénomènes s'observent quand, dans l'urine de l'homme, on laisse macérer à l'air libre des feuilles d'Uva ursi. Quand l'urine est devenue alcaline dans la cavité vésicale, les modifications ci-dessus décrites ont lieu dans la vessie elle-même, et l'urine est rendue d'emblée vert olive.

Tout l'arbutin introduit dans l'économie ne subit pas intégralement ce dédoublement en sucre et en hydrochinon, une partie passe inaltérée dans l'urine comme le prouve la déviation du plan de polarisation.

L'arbutin n'est pas toxique, l'hydrochinon généré dans l'économie n'est pas nuisible dans les proportions où il prend naissance.

Relativement à l'Uva ursi, le processus chimique est absolument identique; même dédoublement et même coloration de l'urine. La quantité d'hydrochinon mise en liberté est, jusqu'à un certain point, proportionnelle à la dose d'Uva ursi employée ainsi qu'au degré de coloration assumée par l'urine dans l'échelle des teintes du vert olive clair au brun foncé. Cette coloration peut présenter des degrés très variables dans les catarrhes vésicaux.

La substance active de l'Uva ursi est donc l'arbutin. Le tannin contenu dans les feuilles en petite quantité agit à titre d'auxiliaire, mais son action est restreinte comparée à celle de l'arbutin et de l'hydrochinon. Une solution au centième d'hydrochinon posséderait même des propriétés antifermentescibles et antizymotiques. L'urine rendue après l'administration de l'Uva ursi et exposée à l'air libre reste fraîche et inaltérée pendant deux semaines, l'urine du même individu rendue ultérieurement subit la décomposition avec la rapidité ordinaire.

L'hydrochinon en solution dans l'urine, lorsque celle-ci a tourné au brun, posséderait des propriétés irritantes et topiques, très favorables à l'établissement du processus réparateur.

Ce serait donc aux propriétés antiseptiques et irritantes de l'hydrochinon que l'Uva ursi doit son action thérapeutique. L'Uva ursi doit donc être administrée à des doses beaucoup plus élevées que celles qu'on a données jusqu'ici. Mais comme la proportion d'arbutin contenue dans les feuilles d'Uva ursi est très petite, il devient nécessaire de prescrire au moins 30 à 80 grammes de feuilles par 180 grammes de décoctum. La quantité très notable de tannin contenue dans une semblable décoction pouvant soulever une sérieuse objection à son administration, on peut parer à cet inconvénient en agitant le décoctum avec du charbon de bois en prescrivant comme suit : Decoct. fol. Uvæ ursi, 30 à 80 grammes; eau, 180 grammes. Agita cum carbone vegetali, q. s. ad remov. acid. tannicum. Filtra.

Mais il vaut encore mieux substituer directement l'arbutin à la décoction, et on peut le prescrire soit en injections hypodermiques, soit en poudre, soit en solution, en recourant alors aux deux formules que voici : N° 1. Arbutin, 1 gr.; sucre, 0,50 centigr. Pulvérisez et f. s. a. — N° 2. Arbutin, 5 à 10 gr.; aqua distillata, 100 gr. L'expérimentation clinique aurait donné des résultats favorables à l'introduction de l'arbutin dans la thérapeutique des affections urinaires.

On the chimical and pharmacological behavior of folia Uvæ ursi and Arbutin in the animal body. (*The therapeutic Gazette*, 15 septembre 1883.) — L. Dn.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 juillet 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

Sommaire : Hernie étranglée sphacélée ; opération ; guérison. — Ostéoclasie et ostéotomie. — Des relations du traumatisme avec la tuberculose. — Présentation de malade : Syphilis congénitale. — Présentation de pièce pathologique : Inversion complète de l'utérus déterminée par un polype ; ablation du polype ; guérison.

M. Trélat communique une observation remarquable d'opération de hernie étranglée sphacélée suivie de guérison.

Il s'agit d'une femme de 53 ans qui entra le 1er juin, dans le service de M. Trélat, pour une hernie inguinale droite étranglée. Elle se plaignait de violentes douleurs dans le ventre. Le chef de clinique de M. Trélat, qui vit la malade vers sept heures et demie à huit heures du soir, jugea qu'il y avait lieu de pratiquer immédiatement l'opération de la hernie étranglée ; il procéda séance tenante à cette opération et tomba sur un foyer fécal situé autour d'une portion d'intestin ayant une coloration grisâtre et manifestement atteinte de sphacèle. Dans ces conditions, l'opérateur ne crut pas devoir réduire l'anse intestinale étranglée. Il la fendit largement et, après avoir excisé les lambeaux irréguliers, il fixa autour de la plaie abdominale les parties de la muqueuse qui lui parurent saines. Il en résulta un anus contre nature ou, si l'on veut, une large fistule stercorale pouvant admettre l'index. Le chirurgien s'était appliqué à laisser la moindre longueur possible à l'éperon intestinal.

A part quelques légers accidents qui se manifestèrent dans les premiers jours de l'opération, celle-ci n'eut pas de suites graves ; le cours des matières fécales se rétablit d'une manière de plus en plus régulière, et la malade, opérée le 2 juin, était complètement guérie à la fin du même mois, c'est-à-dire qu'il ne restait plus à cette époque qu'une simple fistule stercorale allant en se rétrécissant de plus en plus. Vers le 2 ou 3 juillet, l'orifice de la fistule avait à peine le diamètre d'un crayon ordinaire.

M. Trélat prescrivit alors le traitement suivant, dont il n'a eu qu'à se louer depuis vingt ans dans des cas analogues et qu'il croit pouvoir recommander d'une manière toute particulière à ses collègues. Après avoir fait prendre à la malade une série de grands bains d'abord tous les jours, puis tous les deux jours, il la soumit à une alternative de purgations et de constipations. Ainsi, ayant administré une bouteille d'eau de Sedlitz, dès le lendemain il donnait de l'opium pendant cinq jours, de manière à produire la constipation ; puis, au bout de ce temps, il administrait une nouvelle bouteille d'eau de Sedlitz suivie d'une nouvelle série de cinq jours d'opium et de constipation, après quoi il administrait un troisième purgatif, et ainsi de suite jusqu'à guérison effective totale. La malade s'est trouvée complètement guérie après la troisième purgation.

— M. Trélat profite de sa présence à la tribune pour présenter un malade auquel il a pratiqué l'opération de l'ostéoclasie à l'aide de l'appareil de M. le docteur Robin (de Lyon). Ce malade, atteint de *genu valgum* double très prononcé, avait été présenté déjà à la Société de chirurgie par M. Robin dans la séance du 22 mai. C'est un jeune Italien de Ferrare que M. Robin avait rencontré dans les rues de Lyon, et à qui il avait proposé de le guérir de son *genu valgum* par une opération ; le malade avait accepté avec empressement, et M. Robin l'avait amené à Paris dans le but de le présenter à la Société de chirurgie avant et après l'opération.

M. Trélat, désireux de voir par lui-même les effets de l'application de l'appareil de M. Robin, et de comparer les résultats de cette méthode avec ceux de l'ostéotomie, avait reçu le malade dans son service, où l'ostéoclasie a été pratiquée le 28 mai dernier avec l'instrument et le concours de M. Robin. L'opération a été faite sur les deux membres, et, immédiatement après, un appareil plâtré a été appliqué sans redressement. Au bout de huit jours, on a fait le redressement après chloroformisation et un nouvel appareil plâtré a été appliqué.

Le malade est resté pendant 32 jours dans sa gouttière, ayant souffert assez vivement pendant 48 heures, puis, au bout de 32 jours, il a été retiré de la gouttière ayant un double cal au niveau des deux fractures faites par l'ostéoclaste et un très petit épanchement dans les deux genoux.

En somme, le résultat de l'opération a été excellent : le malade a commencé à marcher avec des béquilles, aujourd'hui il marche avec des cannes.

Présenté à la Société de chirurgie, le malade marche dans la salle sans s'appuyer sur ses cannes, et l'on constate, après l'avoir fait déshabiller, qu'il ne reste plus que de légères traces de sa difformité.

Comparativement avec l'ostéoclasie qu'il a pratiquée sur ce jeune homme, M. Trélat a fait l'ostéotomie sur une jeune fille qu'il a opérée, il y a quarante jours, avec le concours de son collègue et ami M. Bouilly. L'opération pratiquée avec l'ostéotome de Mac-Even n'a rien présenté de particulier. Immédiatement après l'opération pratiquée sur une seule jambe, la malade a été mise dans un appareil plâtré avec redressement. Un seul pansement a été appliqué le seizième jour et enlevé le trente-quatrième. La plaie était absolument guérie. Au point de vue du phénomène douleur, M. Trélat a constaté que l'ostéotomie l'emporte sur l'ostéoclasie ; la jeune fille ostéotomisée a éprouvé moins de douleur que le jeune homme ostéoclasié.

Au point de vue du résultat définitif, le redressement a été parfait dans les deux cas, sauf une saillie plus marquée du fragment inférieur chez la jeune fille ostéotomisée.

En somme, chez les deux malades, il n'y a eu ni accidents ni complications et la guérison a été complète.

Or, comme l'ostéoclasie est une opération non sanglante, il semble que la balance doit pencher en sa faveur, puisqu'elle a donné un résultat égal à celui de l'opération sanglante.

Enfin M. Trélat se propose de présenter à la rentrée des vacances une petite fille à laquelle il a pratiqué dernièrement l'ostéoclasie ; les résultats de l'opération sont trop récents pour qu'ils puissent être jugés avec connaissance de cause.

M. Verneuil a eu l'occasion de voir deux malades traités autrefois, l'un par le redressement mécanique, l'autre par l'ostéotomie. Les résultats, au point de vue esthétique, étaient très bons et le redressement était parfait, mais ils laissaient à désirer au point de vue fonctionnel car les malades marchaient très mal. M. Verneuil a constaté une mobilité latérale considérable de l'articulation du genou lorsque le membre était dans l'extension. Cette mobilité latérale est-elle une conséquence de la maladie ou de l'opération ? C'est là un point que M. Verneuil a mis à l'étude et dont il s'occupe actuellement.

M. Bouilly a pratiqué l'ostéoclasie chez un blanchisseur qui, deux mois après, pouvait monter dans sa voiture facilement et sans secours.

M. Berger a été frappé de la saillie considérable du fragment inférieur chez le malade présenté par M. Trélat ; il a remarqué en outre que, dans l'adduction complète, ainsi que dans la marche, le malade s'appuie sur le bord externe du pied, ce qui peut faire craindre que le résultat primitivement bon ne devienne mauvais à la longue.

M. Tillaux rappelle qu'il a pratiqué, il y a dix ans, à Paris, les premiers redressements de *genu valgum*, suivant la méthode de M. Delore (de Lyon). Il a revu quelques-uns de ses premiers opérés et il a constaté la persistance des bons résultats obtenus. Il a, depuis cette époque, opéré un grand nombre de malades et il a toujours été satisfait des conséquences de l'opération, sauf chez une grande jeune fille qui, opérée il y a sept ou huit ans, a toujours conservé une certaine faiblesse dans les genoux, ce qui, d'ailleurs, ne l'a pas empêchée de se marier et de devenir mère de famille. Il reconnaît que la méthode qu'il emploie, qui est celle du redressement manuel, expose à la distension et à la déchirure des ligaments plus peut-être que la nouvelle méthode par les ostéoclastes.

M. Polaillon a opéré du *genu valgum* une petite fille de six ans à l'aide de l'appareil modifié de M. Collin, qui a pour effet de casser le fémur à une certaine distance au-dessus du condyle. Le résultat a été très bon, la jambe est parfaitement droite, mais l'enfant marche très mal, sans doute à cause d'un relâchement des ligaments latéraux que l'on constate chez la petite malade. M. Polaillon a été obligé de faire porter un appareil inamovible qui maintient bien le genou.

M. Polaillon rappelle qu'il a présenté une jeune fille redressée par l'ostéoclasie d'un *genu valgum* double; chez elle, la marche est très bonne et il n'y a pas de relâchement des ligaments latéraux. Il serait important d'étudier et de découvrir la cause du phénomène de la mobilité anormale que l'on observe chez certains malades.

M. Lucas-Championnière a pratiqué l'ostéotomie double chez un malade qui a présenté, à la suite, une élévation de température considérable; il a parfaitement guéri et con-

tinue d'aller très bien. M. Lucas-Championnière a remarqué que les malades ostéotomisés marchent plus rapidement que les ostéoclasiés.

M. Trélat pense qu'il est difficile de comparer les résultats obtenus par les nouvelles méthodes avec ceux fournis par la méthode du redressement manuel, telle que l'ont pratiquée MM. Delore (de Lyon) et Tillaux. Cependant, d'une manière générale, il pense que la mobilité des ligaments dépend de la méthode opératoire et que l'ostéoclasie, à ce point de vue, a moins d'inconvénient que le redressement manuel.

Quant à la saillie du condyle interne qui existe chez son opéré, M. Trélat ne la trouve pas aussi considérable que l'a dit M. Berger, et il déclare, d'ailleurs, qu'il n'y a pas de méthode qui puisse supprimer cet inconvénient véritablement inévitable.

Enfin, en ce qui concerne l'hydarthrose des genoux chez ce malade, elle a été exagérée par M. Lucas-Championnière; elle est, en somme, peu considérable et n'existe que depuis le moment où le malade, sortant de son appareil, a commencé à marcher. Elle disparaîtra certainement lorsqu'il y aura un peu plus de temps que le malade marchera. C'est une erreur de prétendre avec M. Lucas-Championnière que les ostéotomisés commencent plus tôt à marcher que les ostéoclasiés. Mac Even lui-même reconnaît dans son livre qu'il faut beaucoup de temps avant que les opérés commencent à marcher.

En somme, le résultat de l'ostéoclasie, chez ce malade, est excellent et l'opération n'a produit jusqu'ici aucun accident.

— M. Kirmisson communique une observation qui lui paraît très intéressante au point de vue des rapports du traumatisme avec la tuberculose. Il s'agit d'un enfant de 5 ans 1/2, entré dans le service de M. Charcot à la Salpêtrière pour une hémiplégie avec contracture survenue huit jours après une chute sur la tête. L'apparition de symptômes cérébraux, de douleurs très vives à la région de la tempe, du côté du traumatisme, de cris plaintifs, de vomissements, etc., firent penser à l'existence d'un foyer purulent produit à la suite d'une fracture probable du crâne. Le petit malade fut donc envoyé dans le service de M. Terrillon, que M. Kirmisson remplaçait en ce moment.

L'absence de tout signe de fracture et la marche lente des accidents qui s'étaient montrés successivement après le traumatisme, firent penser à M. Kirmisson qu'il pouvait n'y avoir qu'une simple coïncidence entre le traumatisme et l'apparition d'un néoplasme tuberculeux ou cancéreux.

Malgré ces doutes, la trépanation fut pratiquée; elle fut suivie de la mort du malade au bout de vingt-quatre heures. L'autopsie montra l'état sain des parties molles de la boîte osseuse, de la dure-mère et de la surface du cerveau. Mais, dans le centre de l'hémisphère droit, existait une masse tuberculeuse ayant détruit la couche optique et le corps strié. La nature tuberculeuse de cette tumeur fut reconnue par l'examen histologique pratiqué dans les laboratoires de M. Charcot et de M. Cornil.

Ce fait, ajouté à quatre autres que M. Kirmisson a recueillis dans des publications étrangères, démontre qu'il n'y a souvent qu'une simple coïncidence entre le traumatisme et l'apparition d'une production tuberculeuse.

— M. Kirmisson présente, en outre, un jeune malade atteint de syphilis congénitale.

— M. Polaillon met sous les yeux de ses collègues une masse polypeuse ayant déterminé l'inversion complète de la matrice au fond de laquelle elle était insérée.

Il s'agit d'une femme de 45 ans, atteinte d'un état voisin de l'aliénation mentale, qui entra à l'hôpital portant entre les jambes une tumeur qui sortait par la vulve et qui exhalait une odeur infecte par suite du sphacèle de sa partie supérieure. A l'examen, M. Polaillon reconnut qu'elle était insérée au fond de l'utérus complètement retourné par le poids de cette masse de nature polypeuse.

Il fallut, de toute nécessité, enlever cette tumeur en la sectionnant au niveau de son pédicule. Cette section fut pratiquée à l'aide du thermo-cautère avec beaucoup de précautions. Il n'était pas possible d'éviter l'ouverture du péritoine; une forte ligature fut appliquée, pour oblitérer cette ouverture, au moyen de l'instrument à traction. Depuis l'opération, aucun symptôme de péritonite ne s'est produit; la température n'a pas dépassé 38°, le ventre n'est pas ballonné, et comme six jours se sont écoulés depuis l'opération, M. Polaillon espère qu'elle sera couronnée de succès. — A. T.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 25 au 31 juillet 1884. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 993. — Fièvre typhoïde, 22. — Variole, 0. — Rougeole, 16. — Scarlatine, 4.

— Coqueluche, 7. — Diphthérie, croup, 23. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 3. — Infections puerpérales, 1. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. aiguë), 49. — Phthisie pulmonaire, 167. — Autres tuberculoses, 20. — Autres affections générales, 69. — Malformations et débilité des âges extrêmes, .49 — Bronchite aiguë, 15. — Pneumonie, 38. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 132; au sein et mixte, 58 ; inconnues, 17. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 76 ; circulatoire, 55 ; respiratoire, 51 ; digestif, 55 ; génito-urinaire, 24 ; de la peau et du tissu lamineux, 5 ; des os, articulat. et muscles, 5. — Morts violentes, 24 — Causes non classées, 7.

Le service de Statistique municipale n'a compté cette semaine que le nombre peu élevé de 993 décès au lieu de 1,062 qui lui avaient été signalés la semaine dernière. Cette diminution est due à un léger affaiblissement de la mortalité infantile (268 décès de 0 à 1 an au lieu de 306 la semaine dernière), qui, pourtant, reste considérable. La mortalité des adultes n'a pas varié et continue à être peu élevée (409 décès de 15 à 60 ans au lieu de 418). La mortalité des vieillards de plus de 60 ans a, depuis le commencement de l'été, une tendance à diminuer (159 décès cette semaine au lieu de 164 la semaine dernière et au lieu de 275 qu'on observait pendant les semaines d'avril, et 250 pendant les semaines de mai).

En ce qui concerne les maladies épidémiques, la comparaison des chiffres des dernières semaines suggère les remarques suivantes :

La Fièvre typhoïde (22 décès au lieu de 25) se maintient à un taux relativement faible. La Diphtérie (23 décès au lieu de 31) présente cette semaine le chiffre le plus faible que nous ayons observé depuis le commencement de l'année. La Variole (0 décès au lieu de 1) la Scarlatine (4 décès au lieu de 3), la Coqueluche (7 décès au lieu de 12) continuent à être rares.

La Rougeole (16 décès au lieu de 22) continue à diminuer de fréquence. L'observation statistique permet de prévoir qu'elle continuera à décroître ainsi jusqu'au mois d'octobre. Nous continuons à rencontrer la Rougeole dans le quartier de la Gare (2 décès et dans le quartier de Javel (2 décès) ; il n'est guère de semaine où nous n'ayons à signaler des cas de Rougeole dans ces deux quartiers.

Nous avons déjà constaté dans notre dernier Bulletin la rareté de la Bronchite (15 décès au lieu de 12) et de la Pneumonie (38 décès au lieu de 48).

L'Athrepsie ou diarrhée infantile, a notablement diminué, mais elle est encore très fréquente (207 décès au lieu de 248). On jugera de la grandeur de ce chiffre, si l'on songe qu'en janvier dernier on observait, semaine moyenne, 52 décès seulement dus à cette cause. Il faut ajouter que cette grande fréquence de l'Athrepsie est de règle en été et surtout au milieu de l'été, lorsque les fortes chaleurs ont déjà duré un certain temps.

Le service de statistique a été informé du décès d'un homme de 34 ans, mort à l'hôpital Saint-Antoine d'une maladie appelée « choléra » par le médecin traitant. Cet individu, dont tous les journaux ont déjà parlé, a été très soigneusement isolé. Il est à remarquer qu'il était mouleur en cuivre.

Le service de statistique a été informé, comme toujours en été, d'un grand nombre de cas de cholérines, non mortelles (environ 30) qu'on aurait qualifiées de simples diarrhées en temps ordinaire. Beaucoup de médecins ont en outre fait savoir qu'ils en rencontraient un grand nombre dans leur clientèle, mais qu'ils ne les signalaient pas parce que ces sortes de maladies, toujours très fréquentes, ne méritent pas d'attirer l'attention. Trois cas de diarrhée survenus chez des vieillards de plus de 60 ans (dont l'un était en outre affaibli par une longue maladie) ont été mortels ; un autre cas est survenu à l'hôpital chez un individu atteint d'une maladie incurable (Néphrite interstitielle). Ces faits ne méritent probablement pas d'attirer plus longtemps l'attention.

Le service de Statistique a reçu notification de 329 mariages et de 1,216 naissances d'enfants vivants (632 garçons et 584 filles), dont 866 légitimes et 350 illégitimes ; parmi ces derniers, 63 ont été reconnus immédiatement par l'un des parents ou par les deux.

Dr Jacques Bertillon,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

FORMULAIRE

Pansement des bubons suppurés. — Delahousse.

On savonne la peau à l'eau chaude, on la rase, puis on la lave une dernière fois avec de l'eau phéniquée simple, c'est-à-dire à un pour cent. Ces précautions préliminaires étant

prises, on ponctionne la tumeur et on injecte dans sa cavité une solution de chlorure de zinc (10 grammes de chlorure pour 60 grammes d'eau distillée). Après l'avoir maintenue un certain temps en contact avec les parois de l'abcès, on la laisse sortir, et on la remplace par une injection abondante d'eau phéniquée. De la tarlatane repliée en huit ou dix doubles, imprégnée d'eau phéniquée et de glycérine phéniquée à quatre pour cent, est maintenue appliquée sur la plaie pendant quarante-huit heures. On l'enlève à ce moment, et on renouvelle le pansement, en prenant les mêmes précautions. La guérison a lieu dans l'espace de six à douze jours. — N. G.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — Les concours ouverts au commencement de ce mois pour les différents clinicats viennent de se terminer. Sont nommés :

a. Clinicat médical : chefs, MM. André Petit, Netter et Gaisans ; adjoints, MM. Siredey, Bourcy et Degennes.

b. Clinicat des maladies des enfants : chef, M. Variot ; adjoint, M. Dauchez.

c. Clinicat des maladies syphilitiques et cutanées : chef, M. Bruchet.

d. Clinicat chirurgical : chefs, MM. G. Marchand, Verchère et Picqué.

— Voici la liste des présentations pour les chaires actuellement vacantes de pathologie externe et de chimie médicale à la Faculté de médecine de Paris.

Chaire de pathologie externe : en première ligne, M. Lannelongue ; en seconde ligne, M. Tillaux ; en troisiène ligne, M. Le Dentu.

Chaire de chimie médicale : en première ligne, M. Gautier ; en deuxième ligne, M. Bouchardat et en troisième ligne, M. Henninger.

— Le conseil supérieur de l'Instruction publique vient d'approuver les deux projets suivants :

1° Sur le rapport de M. Tourdes, la suppression des questions placées à la fin de la thèse de doctorat en médecine.

2° Sur le rapport de M. Béclard, la suppression de l'épreuve écrite du cinquième examen de doctorat.

Assistance publique. — Par suite du remplacement, à la Salpêtrière, de M. le docteur Moreau (de Tours), décédé récemment, par M. le docteur Falret, médecin de l'hospice de Bicêtre, un concours s'ouvrira le lundi 20 octobre prochain, à l'Assistance publique, pour la nomination à une place de médecin-adjoint des services d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière.

Concours. — Le concours pour la nomination à trois places de médecin des hôpitaux et hospices civils de Paris s'est terminé le mercredi, 30 juillet, par la nomination de MM. les docteurs Brissaud, Merklen et Faisans.

— Le concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux et hospices civils de Paris s'est terminé le mercredi, 30 juillet, par la nomination de MM. les docteurs Campenon et Jalagnier.

— Le jury du concours qui s'est ouvert le lundi 4 août 1884, pour la nomination à une place de prosecteur des hôpitaux, est définitivement constitué. Il se compose de MM. Tillaux, Lucas-Championnière, Tarnier, Léon Labbé, Périer, Vidal et Ollivier.

Société de biologie. — *Prix E. Godard* (1884). — Le bureau de la Société de biologie rappelle aux personnes qui voudraient adresser des mémoires à la *Société de biologie* pour le prix *E. Godard*, que le terme du délai pour l'envoi de ces mémoires est fixé au 31 août 1884.

Les mémoires devront être adressés au siège de la Société de biologie, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, ou au docteur Dumontpallier, secrétaire général de la Société, rue Vignon, 24, à Paris.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

BULLETIN

Académie de médecine. — M. Noël Gueneau de Mussy exprime de solides vérités avec un art infini; médecins et lettrés peuvent l'écouter avec un égal plaisir. Son discours est un rappel des idées émises par lui dans d'autres occasions sur le système des eaux et des vidanges; c'est une étude sur la prophylaxie des maladies infectieuses, non celle des gares de chemins de fer qui fait rire de nous, mais celle qui nous préserverait si nous avions une administration qui sût la comprendre et l'appliquer. Il a dit aussi quelques mots en faveur de cette fameuse Direction de la santé publique, dont il est fort question à chaque nouvelle épidémie, et sur laquelle on paraît loin de s'entendre.

Le bacille-virgule se relèvera-t-il du coup que vient de lui porter M. Straus dans un langage si calme, si impartial, si plein de courtoisie? La note qui résume les travaux de MM. Roux et Straus ne donne aucun fait nouveau et ne formule pas de conclusions positives. Nos deux chercheurs, dévoués simplement à la science, ont assumé la tâche ingrate de modérer l'enthousiasme que pourrait faire naître une découverte incomplètement élaborée. Une fois de plus, la critique française est aux prises avec les affirmations des savants d'outre-Rhin. Le bacille de M. Koch est absent de la muqueuse intestinale justement dans les choléras les plus graves et les plus foudroyants; sa présence dans les cas moins rapides donne à penser qu'il s'y développe secondairement; quand on le trouve en grand nombre dans les selles cholériques, il y est mêlé à une telle quantité d'organismes inférieurs qu'il est impossible de lui assigner un rôle spécifique. La forme en virgule n'a pas de valeur et se retrouve dans les dysentéries, dans certaines leucorrhées, dans le pus des cancers utérins, etc. Et cependant, les auteurs français ont employé les mêmes procédés de recherche et de coloration que le micrographe de Berlin; aucune erreur quant au *modus faciendi*, aucun malentendu n'est possible.

Sans doute, il est plus brillant et plus utile de payer d'audace, de présenter un fait mal contrôlé comme une découverte incontestable; ainsi se fondent les renommées éclatantes. Mais qu'importe, si la gloire de M. Koch est un peu ternie en France? L'apparition qu'il y a faite n'a pas réussi à nous le rendre sympathique, et l'appui des siens ne lui manquera pas.

— Aurons-nous bientôt fini de parler et d'écrire sur une maladie dont nous ne sommes pas atteints, sur une épidémie qui reste à nos portes? En vérité, la situation est d'une monotonie désespérante. Si le fléau doit nous arriver, que ne l'a-t-il fait plus tôt? Il nous eût épargné bien des folies, car on discuterait moins sur le choléra s'il régnait parmi nous et qu'au lieu de parler il nous fallût agir. A-t-on vu, en 1873, de si longs discours et un tel amoncellement de mesures dérisoires? Bien loin de là; beaucoup de Parisiens ne se doutèrent pas qu'ils vivaient au milieu d'une épidémie, et l'autre jour un professeur de notre Faculté nous disait l'avoir ignoré complètement.

Les incompétents et les lâches sont dans leur rôle quand ils s'effraient et s'abstiennent de voyager, de manger et de boire. Les spécialités pharmaceutiques sont dans le marasme; les désinfectants sont seuls demandés;

jamais l'homme n'a eu si peur de sa crasse et ne s'est lavé si ardemment. Chose bizarre, pour se préserver du microbe-virgule, on s'acharne à parfumer des immondices qui ne l'ont jamais contenu; à propos d'une maladie spécifique venue d'Asie, on récrimine contre les rues et le port de Toulon! Si encore cette absence totale de sens commun pouvait nous conduire à nettoyer nos villes mal tenues; le choléra pourrait y revenir, mais on y verrait moins de fièvres typhoïdes et d'infections diverses. Malheureusement, le choléra passé, il ne sera plus question de la vieille darse, et nos lieux seront encore tenus à la française.

Le public est dans son rôle. Mais l'administration, quelle comédie n'a-t-elle pas joué depuis la première alerte, — imposant silence aux journaux politiques, puis faisant des aveux partiels et atténuant les dépêches! Bientôt elle passe à l'extrême opposé, préside à l'affolement, organise la peur, renchérit sur les préjugés. « Il faut pulvériser quelque chose qui sente mauvais », a dit un haut fonctionnaire ; au bout de quelques jours, ces belles mesures de prophylaxie deviennent odieuses et ridicules ; l'excès du zèle administratif n'arrive qu'à faire sentir plus vivement combien nous sommes désarmés. On ouvre des hôpitaux, on prépare des salles qui demeurent inoccupées, on chasse des malades qu'on avait promis de guérir, on en laisse d'autres sur le pavé, on moleste et on dépouille des chefs de service comme on mettrait à pied des cochers de fiacre ; au lieu de procéder avec mesure, on étale un luxe de mesures radicales ; on fait tout cela « pour le public ». Et cependant nous n'avons pas le choléra, l'épidémie n'a pas éclaté. Le public demandait une administration vigilante, et non tout ce fracas ; pendant que nos fonctionnaires grands et petits s'essoufflent, il se rassure et continue à vivre.

Et nous médecins, n'avons-nous pas eu quelques torts? N'avons-nous pas manqué de sang-froid et, dans une certaine mesure, prêté la main à cette comédie? Sans parler des fous et des charlatans, chacun veut discourir et n'est content que s'il a dit son mot sur l'épidémie actuelle. Parmi ceux qui n'édictent pas les mesures à prendre, quelques-uns ont la condescendance de les observer. Nous avons même à signaler d'étonnantes faiblesses chez nos maîtres les plus éminents. Il y a quelques jours à peine, à un dîner chez un membre de l'Institut, on buvait de l'eau bouillie!

Qui nous délivrera des mémoires à dormir debout, des traitements rationnels et curatifs? Qui rendra leur physionomie ordinaire à nos journaux de médecine? Qui rappellera aux populations que le plus redoutable fléau n'est pas le grand favori du jour? La diphthérie est sans cesse au milieu de nous, elle dévore nos enfants, elle fait chaque année deux mille victimes, et auprès d'elle, si nous y prenions garde, une épidémie de choléra nous paraîtrait bénigne. — L.-G. R.

Le nouveau Codex.

Le premier Codex, rédigé conformément aux dispositions de la loi du 21 germinal an XI, parut en 1818; le second, œuvre véritablement magistrale due aux travaux d'une commission dont les membres s'appelaient Bussy, Caventou, Pelletier, Soubeiran, fut publié en 1837; le troisième date de 1866; le dernier, qui vient de paraître, porte le millésime de 1884. Depuis la publication de ce nouveau formulaire légal, obligatoire aujourd'hui pour tout pharmacien français (1), un grand nombre d'articles, en général peu élogieux, ont été écrits dans les journaux de pharmacie (2). La critique, impartiale sans malveillance, a relevé les erreurs de toute nature qui se trouvent dans le nouveau Codex et en font un livre dangereux, quoique officiel, pour le pharmacien comme pour le médecin. Ces erreurs étaient si nombreuses qu'elles ont nécessité un second tirage, dans lequel elles ont été corrigées. Et cependant ce second tirage contient encore, paraît-il, des imperfections, et l'on parle d'une troisième édition. Où s'arrêtera-t-on, et des trois Codex édités en 1884, quel sera celui qui fera loi? Nous comprenons l'émotion

légitime des pharmaciens en présence de ces tirages successifs, et nous leur conseillons de demander le « Codex gratuit », si chacun doit être obligatoire !

Il n'est pas sans intérêt, au point de vue médical, de signaler les modifications plus apparentes que réelles qui ont été apportées dans la préparation de certains médicaments, et d'appeler l'attention sur quelques points spéciaux, dont l'importance en thérapeutique nous a paru suffisante pour justifier ces quelques réflexions critiques. Sans contester l'utilité d'une nouvelle pharmacopée officielle qui soit en rapport avec les progrès de la science, avec l'usage des substances nouvellement découvertes, avec les perfectionnements apportés dans la préparation de certains médicaments, nous nous demandons pourquoi des formules d'un emploi journalier ont été modifiées, quand il n'en résulte aucun avantage pour le malade, pour le pharmacien, ni pour le médecin. Ainsi le sirop diacode, qui rend de si grands services dans la thérapeutique infantile, ne contient plus comme jadis 0,01 centigramme d'extrait d'opium pour 20 grammes de sirop de sucre! On est revenu à l'ancienne formule du sirop de pavot blanc du Codex de 1837, dans lequelle 1 gramme de sirop contient 1 centigramme d'extrait de pavot blanc. Mais comme en réalité 0,20 centigrammes d'extrait de pavot blanc n'ont pas une activité sensiblement plus grande que 0,01 centigramme d'extrait d'opium, la modification de la formule du sirop diacode est plus apparente que réelle. Cependant, à quoi bon embrouiller les choses, et pourquoi reprendre cette ancienne formule que l'on avait abandonnée?

Quand on sait combien les enfants sont sensibles à l'opium, et combien il est utile de pouvoir leur prescrire des préparations dans lesquelles la dose de substance active est constante et immuable, on comprend les inconvénients qui peuvent résulter de l'emploi d'une préparation mal définie. Or, dans le sirop de pavot blanc, l'action de l'extrait est plus ou moins énergique, suivant la manière dont il a été préparé. M. le professeur Regnauld, dont le nom fait autorité sur un tel sujet, a insisté sur les avantages du sirop diacode, qui, par sa formule bien définie, — 0,50 centigr. d'extrait d'opium pour 1,000 gr. de sirop de sucre, — met à la disposition du médecin un médicament sur l'effet duquel il peut toujours compter; tandis qu'avec le sirop diacode du nouveau Codex le praticien retombe dans l'incertitude que cause à son esprit « un médicament dont la base active est soumise à des variations aussi nombreuses que l'extrait tiré des capsules de pavot blanc » (3). Le médecin peut toujours, par une prescription spéciale, ordonner l'emploi du médicament préparé au moyen des capsules de pavot; et, nous le répétons, cette nouvelle formule du sirop diacode, loin d'être une innovation ou un progrès, nous paraît un changement aussi inutile que rétrograde.

Le sirop d'aconit mérite de nous arrêter un instant, étant donnée la différence de préparation que l'on trouve dans la première et dans la seconde édition. Le premier tirage porte la formule suivante :

Alcoolature d'aconit.	100 grammes.
Sirop de sucre.	900 —
M.	

Le second tirage :

Alcoolature de *racine* d'aconit. . . .	25 grammes.
Sirop de sucre	900 —
M.	

Dans le premier cas, il s'agit d'alcoolature de *feuilles* dont l'action thérapeutique est beaucoup plus faible que celle de l'alcoolature de racine; ce qui explique la quantité beaucoup moindre (25 grammes) employée pour la préparation du sirop. Mais ces deux sirops ne se ressemblent ni comme couleur, ni comme consistance, ni même comme valeur thérapeutique, car l'activité de l'alcoolature de racine est assez variable suivant le mode de préparation. D'autre part, comme elle est dangereuse à très faible dose (4), il vaut mieux pécher par défaut que par excès, et, dans ce cas encore, le praticien hési-

(1) Décret du 16 février 1884.

(2) *Union pharmaceutique*, numéros de mars, avril, mai, juin, juillet 1884. — *Répertoire de pharmacie*, numéros de mars, avril, mai, juin 1884. — *Journal de pharmacie et de chimie*, juillet 1884.

(3) *Traité de pharmacie* de Soubeiran et J. Regnauld, 8e édition, p. 100.

(4) Le docteur Male (de Birmingham) mourut empoisonné pour avoir pris 80 gouttes d'alcoolature de racine en dix doses dans l'espace de quatre jours, soit 0,75 centigr. environ par jour. (Tardieu et Roussin, 1re édition, p. 817.)

tant ne peut pas compter d'une façon absolue sur l'action d'un médicament dont la base active est en réalité mal définie. Cette nouvelle formule — qui, étant la dernière, doit être la bonne, — valait-elle mieux que l'ancienne? Nous ne le croyons pas encore.

Ne quittons pas l'aconit sans dire un mot de l'aconitine. Le nouveau Codex ne connaît que l'aconitine cristallisée, beaucoup plus active que l'aconitine amorphe (du Codex de 1866). Il nous semble que la précaution prise pour la digitaline n'était pas superflue pour l'aconitine, et que la prudence conseillait, en présence d'un poison aussi dangereux, de faire la même restriction que pour la digitaline : « Dans le cas de prescription non explicite de la part du médecin, le pharmacien devra toujours donner la digitaline amorphe. » (Nouveau Codex, p. 199.)

Citons, en terminant, la modification apportée dans la formule de la poudre de Dover, qui ne contient plus qu'un dixième de son poids total d'opium, c'est-à-dire la moitié environ de l'extrait d'opium porté dans l'ancienne formule (1). La nouvelle formule, qui est la formule originaire, est d'accord avec celle des pharmacopées étrangères.

Dans la formule du vin de Trousseau, qui figure sous le titre de « Vin de digitale composé de l'Hôtel-Dieu », la digitale est réduite *au quart* de la dose indiquée; la scille, par contre, est *doublée*. On comprend tout le danger qu'il y aurait à donner l'ancien vin de Trousseau pour le vin actuel, quand le médecin croit prescrire ce dernier.

La teinture de Mars a été supprimée et remplacée par une solution de tartrate ferrico-potassique. Or, cette solution ne représente pas plus la teinture de Mars qu'une solution de bicarbonate de soude ne représente l'eau de Vichy (2). La teinture de Mars étant un produit complexe, renfermant plusieurs produits en proportions mal définies, ne peut pas être remplacée exactement par un produit unique, défini, qui ne représente pas en réalité ceux que contient la teinture de Mars : c'est comme si l'on voulait remplacer le vin de quinquina par le vin de sulfate de quinine. Il faut que les produits comme la teinture de Mars, la thériaque, le diascordium soient maintenus tels qu'ils sont : *Sint ut sunt, aut non sint!* Si l'on donne une solution de tartrate ferrico-potassique, on ne donne pas de la teinture de Mars!

Nous bornerons ici nos réflexions. Quelque incomplète que soit cette étude, elle aura du moins l'avantage d'attirer l'attention sur la nouvelle pharmacopée officielle, dont l'apparition constitue toujours un événement important aussi bien dans le monde pharmaceutique que dans le monde médical. Nous avons omis à dessein de parler des erreurs et des fautes typographiques qui fourmillaient dans la première édition du Nouveau Codex, et nous croyons qu'il y a lieu de donner aux pharmaciens une édition entièrement refondue et soigneusement corrigée. Le tirage d'une feuille supplémentaire, où seraient transcrits les nombreux *errata* de la première édition, — actuellement obligatoire! — présenterait les plus graves inconvénients. Le Codex doit être une œuvre officielle faisant loi et absolument infaillible; le tirage d'une feuille supplémentaire ne nous paraît pas suffisant, car il peut arriver qu'un pharmacien oublie fort innocemment de consulter les *errata* au moment d'exécuter une formule de préparation. Nous attendons un dernier Codex, le seul, le vrai, le grand! Il y va de l'intérêt des malades et de la responsabilité, déjà si lourde, des pharmaciens et des médecins.

Maurice NOTTA.

(1)

Formule originaire.	Ipéca pulv.	3 gr. 60
	Opium pulv.	3 — 60
	Sulfate de potasse	28 — 00
Formule de l'ancien Codex (1866)	Ipéca	10 — 00
	Opium	20 — 00
	Nitrate de potasse	40 — 00
	Sulfate de potasse	40 — 00
Formule du nouveau Codex	Poudre d'azotate de potasse	40 — 00
	— de sulfate de potasse	40 — 00
	— d'ipécacuanha	10 — 00
	Opium officinal séché	10 — 00

(2) La Société de pharmacie de Paris avait adopté, pour la teinture de Mars tartarisée, la formule suivante :

Tartrate de potasse et de fer	20	grammes.
Eau distillée	75	—
Alcool à 80°	5	—

(*Journal de pharmacie et de chimie*, t. II, 1881.)

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1884.

A *Marseille*, le bulletin officiel mentionne 15 décès cholériques sur 50 dans la journée du 2 au 3 août et 28 sur 49 dans celle du 3 au 4 août, ce qui porte la mortalité cholérique totale de cette ville, depuis le début de l'épidémie, à 1327 décès.

La décroissance de l'épidémie continue à *Toulon*, malgré le retour des fugitifs. Du 3 au 4, on compte seulement 4 décès et du 4 au 5, 5 décès cholériques. Il en est de même à *Arles*, où on signale 2 décès et un effectif de 12 cholériques à l'hôpital. Par contre, à *Aix*, on signale encore 3 décès du 3 au 4 août.

Dans les campagnes, on constate toujours des décès : 2 à Montfort-sur-Argens, 1 à la Seyne, aux environs de Toulon. Dans le département de l'Ardèche, l'extension de l'épidémie continue ; le 3 août, on enregistrait 4 cas à Aubignas, dont 2 décès ; 5 cas, à Ruoms, dont 1 décès.

En *Italie*, d'après les documents publiés par le gouvernement italien, il y avait à la date du 4 août : à Cairo-Montenotte (Gênes), 5 cholériques, dont 2 décédés ; à Vignarola, dans le même canton, 3 cas et 1 décès ; à Lambriasco, dans le canton de Pignerol, un autre cas. Enfin, l'épidémie continue à Rio-Maggiore (Gênes), Poncalieri, Piazzalserchio, dans le canton de Livignano (Massa) et à Villafranca di Piemonte (Turin), de sorte que, malgré les cordons sanitaires, le choléra se propage et forme de nouveaux foyers. — C. L. D.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'AMIENS PENDANT LE DEUXIÈME TRIMESTRE DE 1883.

A Amiens comme à Paris, et comme ailleurs, le *bacille de la tuberculose* est un sujet neuf sur lequel il y a toujours à dire. Dans la séance du 2 avril, M. PEAUCELLIER a fait connaître ses recherches personnelles sur ce schizomycète devenu aujourd'hui universellement fameux. Avec notre distingué confrère, le docteur Scribe, il a pu en vérifier la présence dans les parties opaques des crachats des phthisiques, et aussi en constater l'absence dans l'expectoration du début de cette affection.

A cette époque, cependant, les produits tuberculeux sont déjà fertiles; il faut donc admettre que les microbes, alors invisibles, ont une forme et un état rudimentaires. Comme conclusion, M. Peaucellier accorde à la présence des bacilles, dans les cas douteux, la même valeur qu'aux autres signes classiques de la maladie. C'est leur ouvrir à deux battants les portes de la clinique.

Un autre membre très actif de la Société dont le nom revient souvent sous notre plume, M. LEGOUX (d'Albert), a lu une observation de *traumatisme grave de la main, du poignet et de l'avant-bras* traité avec succès et habileté par le pansement ouaté, et présenté un *appareil pour fracture de la rotule*. Ce bandage, dont il est l'ingénieux inventeur, consiste en une gouttière munie de deux courroies, fixant deux coussins matelassés et destinés à rendre plus exacte la coaptation des fragments. Je signalerai aussi la présentation par un autre médecin très distingué, M. GOUILLEUX, de Corbie, d'un perfectionnement dans l'instrumentation du lavage stomacal. Sous le nom d'*entonnoir destiné à opérer le lavage stomacal*, notre estimé confrère remplace l'entonnoir en verre de l'appareil de Faucher par un entonnoir en métal, par conséquent peu fragile, muni à sa surface libre d'un tube en verre, indicateur de la hauteur du liquide contenu dans cet entonnoir. Enfin M. Gouilleux a aussi donné lecture d'une observation de *double fracture de la cuisse et du tibia par écrasement*, traumatismes traités avec succès, le premier par l'appareil américain à extension, et le second par l'immobilisation au moyen du bandage plâtré.

Dans la séance du 7 mai, M. LÉGER entretenait la savante Société d'un *curieux phénomène d'iodisme*. C'étaient des douleurs névralgiformes dans les maxillaires, de l'éternuement et du gonflement de la partie supérieure de la face. Ces phénomènes avaient été produits par l'administration d'un seul gramme d'iodure de potassium et cédèrent à la morphine.

M. BAX a fait connaître un cas intéressant de *battements abdominaux*. Une petite fille de 4 mois est prise le matin de battements violents dans toute l'étendue de l'abdomen, et distincts d'ailleurs des pulsations cardiaques; ils disparurent dix heures plus tard;

mais, le lendemain, l'enfant avait des convulsions auxquelles il succombait. Avec son habituelle sagacité clinique, notre très estimé confrère considéra ces battements comme le prélude des convulsions qui furent observées le lendemain.

Dans la même séance, M. Bax a aussi donné lecture d'un rapport *sur les maladies régnantes à Amiens pendant le premier trimestre de l'année actuelle.* Cette question est à 'ordre du jour de toutes les Sociétés médicales des départements; mais le rapporteur de la Société d'Amiens sait imprimer à ces documents, trop souvent monotones, un véritable cachet d'intérêt et d'originalité par ses nombreux et savants commentaires.

En terminant, voici deux mémoires : l'un de M. Peaucellier sur la *péritonite ovarique,* et l'autre de M. Sorel (de Villers-Bretonneux) sur un cas de *rhumatisme articulaire compliqué de manifestations viscérales périodiques.* Cette dernière note contribuera à montrer une fois de plus les difficultés du diagnostic et du traitement des états morbides composites où des accidents malariques s'ajoutent aux rhumatismes. Le sulfate de quinine en injections sous-cutanées a justifié le diagnostic et jugé les poussées congestives viscérales de cet état morbide. Cette observation fait donc honneur à la prudence clinique de notre distingué confrère. — C. L. D.

BIBLIOTHÈQUE

Hay fever (fièvre de foin), par le docteur Morell Mackenzie, professeur pour les maladies de la gorge, etc. — Seconde édition. — Londres, J. et A. Churchill, 11, New-Burlington street, W.; 1884.

Les lecteurs compétents ont rendu justice à l'intéressante monographie de notre savant confrère de Londres, puisque la première édition s'est écoulée rapidement. Aussi avons-nous hâte de la signaler aux praticiens de notre pays comme une chose utile. Ainsi que le dit l'auteur, l'asthme de foin ne compromet pas ordinairement la vie, mais il est, à certains moments, la cause d'une souffrance assez vive pour entraver les occupations habituelles du malade et lui imposer une existence misérable précisément pendant la saison la plus agréable de l'année. Notre confrère s'est étendu, avec beaucoup de raison, sur la question de l'étiologie, qui se résume, en grande partie, dans l'action du pollen des plantes sur la membrane muqueuse respiratoire, opinion qu'il a soumise à une discussion complète. Il a placé ici une remarque curieuse : selon lui, les Anglais et les Américains sont presque les seuls sujets qui souffrent de la maladie en question. Dans le nord de l'Europe — c'est-à-dire dans la Norvège, la Suède et le Danemark — elle est à peine observée; et elle affecte rarement les natifs de France, Allemagne, Russie, Italie et Espagne. Toutefois, cette influence de la race n'est pas absolue; pour notre part, nous avons vu au Mont-Dore un assez grand nombre de Français atteints de l'asthme de foin; mais nos observations ne sont pas assez nombreuses pour infirmer sérieusement le résultat très remarquable des recherches de M. Mackenzie. Il va sans dire que l'auteur a donné à la question du traitement tous les développements possibles, et on peut ajouter avec lui que le point de vue thérapeutique capital, c'est, à l'époque de la manifestation de la maladie, de fuir les localités où l'on aurait à respirer le funeste pollen. Nous recommandons la lecture de la brochure de M. Morell Mackenzie, qui est agréable et instructive. G. R.

Les troubles de la parole, par M. Ad. Kussmaul; traduction en français, par M. le docteur Rueff. — Paris, J.-B. Baillière; 1884.

Si cet ouvrage a obtenu en Allemagne la faveur des médecins et des littérateurs, la traduction française est présentée à nos compatriotes de manière à obtenir un succès tout aussi grand. Telle est l'impression qu'on éprouve en lisant la préface qui précède cet ouvrage et est l'œuvre de M. Ball. C'était, à coup sûr, la meilleure des recommandations.

Les trente-quatre chapitres de ce volume n'intéressent pas seulement les médecins; ils touchent aussi aux questions de haute philologie. Conséquemment, le sujet est immense, et il a fallu un ordre méthodique pour ne pas s'égarer dans sa vaste étendue. Dans les premières pages, l'auteur s'efforce d'établir les conditions et les origines du langage, et de suivre la substitution graduelle, avec les progrès de la civilisation, du langage artificiel au langage naturel.

C'est assez dire que M. Kussmaul adopte la théorie de Steinthal et considère la parole

comme le résultat d'un travail de nature; originairement, c'est un réflexe, tel que le cri de douleur. L'individu « parle alors avec le bulbe »; plus tard, par la mise en jeu de l'instinct d'imitation, la voix se module, le cri s'articule et le langage naturel s'élève au rang du langage imitatif. Plus tard encore, celui-ci deviendra le langage phonétique.

Ces considérations entraînent l'auteur à s'occuper aussi de la question du langage des animaux, et ce chapitre est certainement un de ceux qui éveillent le plus la curiosité du lecteur.

Ces considérations permettent à M. Kussmaul d'entrer à fond dans l'étude des maladies de la parole. Il établit logiquement la division des aphasies en aphasie ataxique ou défaut de coordination motrice des mots, aphasie amnésique ou perte de la mémoire des mots, et surdité verbale ou impossibilité de les comprendre. Ce sont là des *dysphasies* dépendantes de lésions des couches corticales. Mais à côté d'elles prennent place les *dysgraphies* ou troubles de l'écriture, suivant la classification nosologique allemande qui les place dans le groupe des troubles de la parole et les *dysarthries* ou troubles de l'articulation des mots, dépendant des lésions du bulbe ou des ganglions cérébraux.

Enfin, les deux derniers chapitres sont consacrés au balbutiement, à la surdi-mutité et à l'éducation des sourds-muets. M. Rueff a complété les indications bibliographiques de l'édition originale, et, par des notes nombreuses, comblé les lacunes du texte allemand.

A ce titre, cette traduction a sa place marquée dans la bibliothèque du médecin, aussi bien que dans celle du philosophe et du philologue. C'est un livre à consulter, mais qui, malgré sa valeur allemande, ne fera pas oublier les travaux des médecins français.

C. L. D.

REVUE DES JOURNAUX

Journaux anglais et américains.

De la chloranodyne, par Hurd. — L'un des grands inconvénients de l'usage de l'opium est la rapidité de l'accoutumance, laquelle paraît survenir d'autant plus vite que l'on recourt plus constamment à la même forme d'administration. Pour conjurer autant que possible les accidents consécutifs à l'usage longtemps continué de l'opium, un certain nombre de médecins américains instruits par l'expérience sont dans l'habitude, depuis longtemps, de combiner l'opium aux stimulants aromatiques, menthe, lavande, cajeput, capsicum, gingembre; d'autres l'unissent à l'alcool, au chloroforme, aux narcotiques, à la belladone, à l'acide cyanhydrique.

L'auteur attire l'attention sur une préparation opiacée dont la formule et le mode de préparation sont dus aux célèbres droguistes américains, MM. Parke et Davis, la *chloranodyne*, et qui n'est que l'ancienne *chlorodyne* rajeunie et perfectionnée. Ce médicament contient par gramme de chloranodyne : muriate de morphine, 0,006; teinture de cannabis, 0,03; chloroforme, 0,135; huile de pipermint et teinture de capsicum, 0,0025 ; acide cyanhydrique médicinal dilué, 0,017 ; alcool, 0,30; glycérine, 0,457.

L'auteur a donné dernièrement cette chloranodyne dans plus de 25 cas, et toujours avec les meilleurs résultats. Quelques-uns de ces cas étaient des choléra-morbus graves. Le médicament fut toujours bien supporté.

Les malades soumis au traitement opiacé et atteints de phénomènes d'intolérance ont pu supporter la chloranodyne sans accuser les symptômes qu'ils attribuaient à l'usage de l'opium. Dans deux cas de diarrhée saisonnière, la chloranodyne fit rapidement disparaître la diarrhée et la douleur. Une névralgie intercostale et une névralgie faciale, très pénibles toutes deux, furent très effectivement soulagées par cette chloranodyne, qui s'est montrée également utile dans les accès de toux de la rougeole et de la coqueluche. Elle peut entrer dans la composition des potions à titre de calmant. Un autre avantage offert par la chloranodyne serait de produire l'effet thérapeutique maximum avec la dose minima de l'alcaloïde de l'opium. Ainsi, on pourrait obtenir, avec une dose correspondant à un huitième de grain de muriate de morphine (0,008), une action anodine équivalente à celle qu'on n'obtiendrait que par l'administration de 0,03 de morphine seulement. Ce résultat est vraisemblablement attribuable à l'action auxiliaire des autres ingrédients qui accompagnent le sel de morphine dans la composition de la chloranodyne. (*On chloranodyne*, par Hurd, de Neuburry-Port. — *The therapeutic Gaz.*, septembre 1883.) — L. Dn.

De l'anémie pernicieuse et de son traitement curatif, par G. Padley. — L'arsenic possède des propriétés thérapeutiques évidentes contre l'anémie pernicieuse. La cause de cette action élective est difficile ou même impossible à trouver, mais le fait thérapeutique n'en existe pas moins, comme il appert de la lecture des nombreuses observations du mémoire, observations recueillies soit dans la pratique de l'auteur soit dans celle des docteurs Finney, Lockie, Broadbent, Wilkie, Moore et Byron Bramwell.

Au contraire, l'emploi du fer dans le traitement de cette affection idiopathique se montre plus qu'inutile. Autant le traitement martial est héroïque contre les anémies passagères, et surtout contre cette autre dystrophie idiopathique, la chlorose, autant il paraît contre-indiqué dans le traitement de l'anémie pernicieuse de Biermer, où son action paraît entraver celle de l'arsenic.

Il faut donc se garder de gorger son malade de fer, et n'employer tous les autres toniques qu'à titre de médicaments auxiliaires. Les préparations d'arséniate ou d'arsénite de fer sont à rejeter ,et l'arsenic paraît d'autant mieux agir qu'il est donné sous une forme plus simple, par exemple sous forme de liqueur de Fowler.

L'impuissance du traitement martial peut être considérée, selon l'auteur, comme une espèce de signe diagnostique thérapeutique. Dans les observations relatives aux malades chez lesquels les traitements martial et arsenical étaient institués concurremment, on peut voir l'amélioration et la guérison définitive se prononcer dès la suppression du premier de ces traitements.

L'auteur considère l'arsenic comme l'agent curatif par excellence de cette dystrophie spéciale et le croit capable dorénavant d'en restreindre la puissance meurtrière. — *Idiopathic* (*progressive, pernicious*) *anemia and its successful treatment*, par Georges Padley, L. R. C. P. et médecin consultant de l'hôpital de Swansea à Londres. (*Lancet*, 10 et 17 novembre 1883.) — L. Dn.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 août 1884. — Présidence de M. A. Guérin.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Sirus-Pirondi (de Marseille) en réponse à certaines allégations contenues dans la lettre adressée dernièrement à l'Académie de médecine par M. Fauvel sur le choléra de Marseille ;

2° Une note de M. le docteur Faille (de Reims) relative au traitement de l'angine couenneuse et du croup par le sulfure de calcium en granules. Le même auteur adresse une seconde note relative au traitement de la méningite tuberculeuse par l'iodure de potassium ;

3° Une lettre de M. le docteur Liouville contenant l'exposé des motifs de la proposition de loi qu'il a déposé sur le bureau de la Chambre des députés et relative à la création d'une direction centrale de la santé publique ;

4° M. le Secrétaire perpétuel annonce que les médecins français, qui se proposent d'assister au congrès médical international de Copenhague, auront une réduction de moitié sur le prix du parcours sur le réseau français, ainsi que sur le réseau danois ;

5° Un pli cacheté présenté par M. Boisseau du Rocher (accepté) ;

6° Une lettre de M. le docteur Pretenderis Typaidos (d'Athènes) qui sollicite le titre de membre correspondant.

M. Villemin présente, de la part de M. le professeur Germain Sée, un volume intitulé : *De la phthisie bacillaire des poumons.*

M. Gosselin présente, au nom de M. le docteur Millot-Carpentier, une observation de morsure de la main par un rat, à la suite de laquelle se sont produit des phénomènes des plus singuliers. La cicatrisation de la plaie était complète au bout de quinze jours, puis survint un gonflement douloureux et fébrile de l'avant-bras qui entra à son tour en résolution ; quinze jours après se manifesta une éruption de purpura et, enfin, quinze jours après la disparition du purpura, se produisirent des accidents nerveux bizarres ressemblant aux symptômes de l'hydrophobie. Ces phénomènes persistèrent pendant environ un mois après quoi le malade fut définitivement guéri. (Comm. : MM. Verneuil et Gosselin.)

M. Bouley présente : 1° une lettre émanant d'un ingénieur, ancien élève de l'Ecole polytechnique, dans laquelle l'auteur déclare avoir constaté à diverses reprises l'immunité des ouvriers en cuivre dans les épidémies de choléra ; 2° de la part de M. Chamberland, élève de M. Pasteur, un appareil-filtre en porcelaine poreuse non vernie, avec lequel on peut obtenir de l'eau pure comme de l'eau de source, même en la puisant au milieu des égouts.

M. Larrey présente, au nom de M. le docteur Boisseau du Rocher, une note relative à une sonde à double courant pour le lavage de la vessie.

M. Jules Guérin présente, de la part de M. le docteur Dutreux, médecin de l'Hôpital général d'Alexandrie et professeur à l'Ecole de médecine du Caire, une note contenant des renseignements sur l'origine du choléra de Toulon et de Marseille.

Les informations de M. Dutreux lui auraient permis de constater :

1° A partir de janvier 1884 jusqu'à l'explosion des deux épidémies, l'existence d'une constitution médicale spéciale caractérisée par un nombre toujours croissant, et de plus en plus dessiné, d'affections diarrhéiques simples ou combinées, aboutissant graduellement à la constitution épidémique actuelle ;

2° Qu'au milieu des formes encore incomplètes, mais toujours de plus en plus accentuées de cette constitution, on a constaté une série de cas de choléra complet, offrant les symptômes, la gravité et la terminaison de la maladie à son apogée.

A l'occasion du procès-verbal, M. Léon Colin (du Val-de-Grâce) lit une note en réponse à certains passages du discours de M. Proust relatifs à l'origine et à la nature du choléra de Toulon.

M. Noël Gueneau de Mussy a la parole pour la continuation de la discussion sur le choléra.

L'orateur constate que tous les médecins sont aujourd'hui d'accord pour admettre l'importation du choléra. Au milieu de ce concert unanime, on n'entend qu'une note discordante, à savoir : la thèse que depuis cinquante ans M. J. Guérin soutient avec tant de verve et de talent, et qu'il ferait triompher assurément si la conviction et le talent pouvaient lutter contre la masse écrasante de faits certains, évidents, irréfutables, qui condamnent sa doctrine.

En 1832, Delpech (de Montpellier) et Chomel étaient encore seuls à admettre que le choléra était contagieux et importé. En 1849, dans une commission de 16 membres des hôpitaux, MM. Gueneau de Mussy et Pelletan étaient encore seuls à défendre cette opinion. Mais, depuis lors, elle a triomphé d'une manière tellement complète qu'il n'y a plus lieu de la défendre. M. G. de Mussy a donc demandé la parole seulement pour insister sur la question de prophylaxie.

Au premier rang des mesures prophylactiques se posent les questions de l'eau et des vidanges, car, comme la fièvre typhoïde, le choléra se transmet surtout par cette voie.

L'orateur insiste sur la nécessité qui s'impose d'avoir de l'eau de source, de l'eau potable à la disposition de chacun, et de réserver l'eau de la Marne, de la Seine et du canal de l'Ourcq pour le lavage des égouts. Il faudrait aussi réformer le système des égouts actuels, leur donner plus de pente, et surtout cesser d'y verser les matières excrémentitielles.

En attendant que ce soit possible, il faut désinfecter avec soin les matières des vidanges, soit par l'emploi d'étuves désinfectantes, soit par des procédés chimiques. Il faut que cette désinfection soit obligatoire, imposée aux riches. Il faut que les chefs de famille et les régisseurs de maisons, sinon les médecins, soient forcés, sous peine d'amende, d'indiquer à l'administration les malades atteints d'affections contagieuses, et pour avoir une organisation qui fonctionne régulièrement, il faut établir, comme en Belgique, un *bureau de la santé publique* centralisant tout ce service.

L'Académie, qui a été consultée pour les mesures à prendre, pourrait profiter de la circonstance pour demander la création de ce bureau de santé. Les éléments nécessaires existent dans le Comité consultatif et dans le Conseil d'hygiène. Il s'agit de les réunir en faisceau, de les compléter, de les mettre en valeur en les coordonnant, en les centralisant et en leur donnant une autorité suffisante. (Applaudissements.)

M. Straus lit en som et au nom de son collaborateur, M. Roux, un travail sur les recherches qu'ils ont faites à Toulon, où ils sont allés étudier le choléra dès l'origine de l'épidémie.

M. Straus rappelle que, pour M. Koch (de Berlin), le choléra est caractérisé en

Égypte aussi bien que dans l'Inde par la présence constante, dans la muqueuse de l'intestin grêle, d'un bacille caractéristique, rappelant celui de la morve.

Les nouvelles recherches qu'il a faites avec M. Roux, à Toulon, confirment pleinement celles qu'ils avaient déjà faites en Egypte. Dans la muqueuse intestinale d'un certain nombre de cholériques, on rencontre les organismes les plus divers, surtout dans les cas où la maladie s'est prolongée. Mais, dans les cas les plus rapides, ils sont beaucoup moins nombreux, et dans les cas suraigus il est impossible de déceler leur présence.

Nous pouvons donc maintenir que dans bon nombre de cas de choléra (et particulièrement dans les plus caractérisés) on ne trouve pas de micro-organismes dans les tuniques intestinales. »

Tel a été, en substance, le travail de M. Straus accueilli par les applaudissements sympathiques de l'Académie et du public qui assistait à la séance.

M. le Président l'a chaudement félicité et M. Henri Roger a demandé que le travail de MM. Straus et Roux fût exceptionnellement inséré *in extenso* dans les *Bulletins* de l'Académie, proposition qui a été adoptée à l'unanimité.

— M. Bonnafont termine la séance par la lecture d'un travail dont voici les conclusions :

En résumé, les conclusions qui se déduisent des observations qui précèdent peuvent être exprimées de la manière suivante :

1° Le choléra natif et originaire de l'Inde, comme la fièvre jaune de l'Amérique et la fièvre intermittente et pernicieuse de l'Afrique, ne saurait se produire ni s'acclimater en d'autres contrées sans que les germes de cette maladie élaborés et exhalés par le sol marécageux y aient été apportés par des courants atmosphériques ou tout autre véhicule ; mais plus fréquemment par l'atmosphère.

2° De même que les fièvres jaunes et intermittentes, le choléra provenant d'un état spécial et insalubre du sol disparaîtra comme elles de partout en prévenant ou en empêchant la décomposition des matières animales et végétales qui en sont les éléments générateurs.

3° Toutes les épidémies reconnaissant le même principe, sauf les éléments primitifs spéciaux inhérents à chaque contrée, le résultat s'obtiendra comme il a été partout obtenu pour les fièvres jaunes et intermittentes par l'assainissement du sol, soit en le desséchant par la captation des eaux, soit en le maintenant constamment immergé, toute fermentation et évaporation zymotiques importantes étant ainsi rendues impossibles.

4° Des épidémies secondaires peuvent bien se produire sur des points déjà infectés, mais, sauf quelques exceptions, elles n'auront que très rarement le caractère du vrai choléra algide, et ces épidémies iront toujours en diminuant d'intensité pour s'éteindre complètement si l'élément toxique n'est pas renforcé par une nouvelle irruption venue du point d'origine.

5° Ce ne sont pas les cadavres des animaux abandonnés sur le sol par les caravanes des pèlerins qui peuvent provoquer les irruptions de cette épidémie, puisque ces habitudes existent de temps immémorial (XIIe siècle) chez ces peuples et que le choléra asiatique et épidémique n'a fait son apparition en Europe, en Afrique et en Amérique que depuis le commencement du siècle (les caravanes ne sont et n'ont été que le véhicule de transmission).

6° Pour combattre ce fléau, il faut nécessairement diriger les travaux vers le pays d'où il vient et les appliquer à la source même où il se développe. Partout ailleurs les mesures si complètes et si intelligentes qu'elles soient ne sauraient avoir qu'un résultat éphémère, presque nul.

Les mesures que l'on a prises et qu'on prend encore, bien que très rationnelles, font penser à cet agronome qui pour se débarrasser d'un arbre dont l'ombrage nuit à tout ce qui l'entoure, se contente d'élaguer de temps en temps quelques branches.

Ces améliorations apportées aux contrées cholérigènes, les quarantaines d'une efficacité douteuse, mais si nécesaires au point de vue social, n'auraient plus aucune raison d'être.

7° L'Angleterre ayant été, involontairement sans doute, la cause première de la destruction du régime des eaux et par suite de la formation des foyers infectieux où s'élabore l'élément cholérifère, et en raison de son immense commerce et des intérêts qui la lient à ce pays, étant la plus intéressée à faire disparaître les irruptions du choléra en Europe, ou tout au moins à diminuer son intensité locale, c'est à elle que devrait incomber le devoir d'entreprendre seule, ou en faisant appel aux autres puissances, une œuvre si essentiellement hygiénique et humanitaire.

Et si, comme me l'a assuré l'honorable professeur Clarke en 1878 au Congrès scientifique de Cork, l'Angleterre a déjà commencé ces travaux d'assainissement, on ne peut que l'encourager et même l'aider à les continuer.

— La séance est levée à cinq heures.

VARIÉTÉS

LE BUREAU MUNICIPAL D'HYGIÈNE DU HAVRE EN 1883.

Ce n'est pas seulement au point de vue particulier et local de la ville du Havre qu'on lira avec intérêt le rapport de notre estimé confrère, c'est bien plutôt à un point de vue élevé et général qu'on demandera la généralisation à toutes les grandes villes d'institutions semblables. Pendant que nos édiles parisiens hésitent et que des questions de fonctionnaires, de fonctions et de personnes sont un obstacle à une meilleure organisation des services sanitaires de la capitale, au Havre on a su faire œuvre réellement municipale et préparer un exemple, qu'à son grand détriment, la ville de Paris n'imite pas.

La concentration de tous les services sanitaires entre les mains d'une même administration et sous l'autorité responsable, effective et officielle d'un administrateur, y donne et devait en effet y donner les plus heureux résultats.

L'état civil et le service connexe de la démographie fournissent à la statistique médicale de précieux renseignements que M. Launay met en évidence dans son rapport. Voici, par exemple, la question de la mortalité dans le premier âge : au Havre, elle est de 24, 29 pour 100, d'après les statistiques des bureaux de l'état civil et de la démographie. Ce chiffre est effrayant et utile à connaître, mais il n'a que la valeur d'un chiffre brut; si d'autres renseignements n'en donnent raison, il suffit pour cela d'interroger les travaux des autres sections du bureau sanitaire, ou celui de la surveillance des enfants dans le premier âge, et on apprendra que l'usage du biberon en est une des causes; certes le fait n'est pas nouveau, mais il est utile, néanmoins, de s'en rendre compte pour combattre efficacement la plus grande cause de cette mortalité.

En voici une autre, les falsifications du lait. C'est l'inspection des denrées alimentaires qui donne sur elle des renseignements quotidiens.

Il en est de même de la morbidité et de l'épidémiologie : on sait maintenant que la diphthérie, par exemple, fait plus de victimes dans une certaine portion d'un des cantons de la ville; on l'ignorait auparavant. De plus, au moyen des feuilles de maison établies à l'heure actuelle, on pourra juger de la morbidité, de la mortalité et de l'insalubrité de chaque habitation et de chaque rue. Voilà encore une innovation et une mesure excellente qu'il serait facile de transporter à Paris sans grande dépense budgétaire !

Au bureau d'hygiène se rattache le service vaccinal ouvert toute l'année et alimenté exclusivement par du vaccin de génisse. Ici l'administration parisienne en est encore aux discussions préparatoires pour la création d'un institut vaccinal dont l'utilité est démontrée. Le projet se trouverait, dit-on, arrêté dans les bureaux. Au Havre, il n'en est plus de même, le service fonctionne d'une manière permanente.

L'inspection sanitaire des écoles dépend aussi du bureau d'hygiène au lieu de relever comme à Paris des délégations cantonales et de l'autorité universitaire. Celles-ci font sans doute des efforts pour améliorer le service, mais ces efforts sont souvent impuissants. D'ailleurs le dispensaire modèle de notre si honoré confrère, le docteur Gibert, et celui plus récent qui porte le nom de Dolfus, assurent aux enfants malades des écoles des ressources que le Conseil municipal parisien pourrait facilement leur assurer avec le personnel actuel de l'inspection médicale scolaire. Il suffirait pour cela d'établir des dispensaires d'arrondissement ou de quartier.

Je ne m'arrêterai pas aux autres sections du Bureau d'hygiène du Havre, service d'assainissement, logements insalubres, établissements dangereux ou nuisibles, etc., etc.; mais je signalerai encore l'excellente idée de distribuer *gratuitement* des instructions populaires dans les mairies et dans les maisons où règnent des maladies transmissibles; instructions sur les soins à donner au premier âge, la prophylaxie de la rage, de la variole, du choléra, la désinfection des chambres des malades.

A la Société des sauveteurs, on remet des brochures sur les premiers soins à donner aux noyés et aux asphyxiés et aux enfants des écoles publiques sur la ventilation ou le chauffage des habitations et sur les conditions essentielles pour se bien porter. De

plus, dans les écoles de leurs circonscriptions, les médecins inspecteurs donnent sous forme de conférences courtes et familières des notions d'hygiène aux enfants.

En un mot, instruction par l'exemple, par la plume et par la parole; telles sont les armes dont la commission consultative du Bureau municipal d'hygiène du Havre fait usage dans cette lutte contre les multiples ennemis de la vie humaine, dont la superstition et l'ignorance ne sont pas les moindres. En terminant, notons que ces brochures ne portent pas de *noms d'auteurs*; elles sont anonymes. Voilà un exemple de modestie digne, il me semble, d'être avantageusement imité; elle témoigne de l'ardeur au bien et du dévouement des membres de cette commission. — C. Eloy.

FORMULAIRE

Injection contre la blennorrhée. — H. Zeissl.

Pierre divine.	de 0 gr. 20 à 0 gr. 40 centigr.
Camphre émulsionné à la gomme.	0 — 10 —
Eau distillée	150 grammes.

Faites dissoudre. — Trois ou quatres injections par jour, contre la blennorrhée. — On peut recourir aussi aux bougies de gélatine, additionnées soit de sulfate ou d'acétate de zinc, soit de tannin. A l'intérieur, on prescrit des pilules de térébenthine du mélèze associée au fer. — N. G.

COURRIER

Nécrologie. — Nous apprenons la mort du docteur Moyne (de Dijon), professeur d'accouchements, depuis trente-huit ans, à l'école départementale de cette ville.

On annonce également la mort de M. le docteur Jean, à Castelnaudary (Aude), M. le docteur Alphéran, à Rians (Var) et M. le docteur Chevallier, de Saint-Agnan (Charente-Inférieure).

— A la protestation des médecins des Pyrénées (voir le numéro du 3 août), il faut ajouter les signatures suivantes :

A Cambo, MM. les docteurs Dotezac et Juanchuto.

Concours. — Par arrêté ministériel en date du 3 juillet 1884, l'ouverture des concours pour l'obtention de bourses de doctorat en médecine aura lieu au siège des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie le lundi 27 octobre 1884.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le 18 octobre, à quatre heures.

Sont admis à concourir :

Les candidats pourvus de quatre inscriptions, qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire. Les épreuves porteront sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle médicales.

Les candidats pourvus de huit inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire, et qui justifieront de leur assiduité aux exercices pratiques. Les épreuves porteront sur l'ostéologie, l'arthrologie et la myologie.

Les candidats pourvus de douze inscriptions, qui ont subi avec la note *bien* la première partie du deuxième examen probatoire. Les épreuves porteront sur l'anatomie, la physiologie et l'histologie.

Les candidats pourvus de seize inscriptions, qui ont subi avec la note *bien* la seconde partie du deuxième examen probatoire. L'épreuve écrite portera sur la pathologie interne et externe.

Les candidats justifiant des grades de bachelier ès sciences et de bachelier ès lettres qui continuent leurs études d'après l'ancien régime, s'ils ont obtenu la note *bien* à l'examen correspondant à leur temps de scolarité. Les épreuves seront les mêmes pour les étudiants de l'un et de l'autre régime d'études.

Les candidats pourvus des grades de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint, qui ont subi chacun de ces examens avec la note *bien*, pourront obtenir sans concours une bourse de première année.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

Recherches sur le choléra à Toulon,

Par MM. Straus et Roux.

Les symptômes et les lésions macroscopiques du choléra sont de telle nature, que c'est dans l'intestin que l'on est conduit à rechercher la cause de la maladie. En Égypte, nous nous sommes efforcés de trouver dans les tuniques intestinales un microbe spécifique.

Nous rappelons que la méthode suivie par nous dans cette recherche consistait à colorer dans une solution aqueuse de bleu de méthylène des coupes pratiquées sur des fragments d'intestin grêle durcis par l'alcool. Dans les nombreuses coupes ainsi traitées, nous avons constaté que, dans un certain nombre de cas, les parties superficielles de la muqueuse, les conduits des glandes tubulées, la charpente des villosités et par places la sous-muqueuse renfermaient des micro-organismes divers et en nombre variable sur la portion d'intestin examinée et selon la durée de la maladie. Les plus nombreux de ces organismes étaient des bacilles, d'aspect et de dimension variables, les uns longs et grêles, d'autres courts et d'assez fort diamètre; une des formes les plus fréquentes était un bacille rappelant assez l'aspect du bacille de la tuberculose. Dans certains points, cette variété de bacille prédominait manifestement et envahissait jusqu'à la sous-muqueuse, sans jamais pénétrer dans les vaisseaux sanguins ni dans les tuniques musculaires.

Il existait encore d'autres formes bacillaires, et çà et là, infiltrés dans l'épaisseur de la muqueuse, divers micrococcus. Cela était surtout accusé dans la partie inférieure de l'intestin grêle.

D'après les constatations anatomiques de M. Koch, le choléra est caractérisé, en Egypte aussi bien que dans l'Inde, par la présence constante, dans la muqueuse de l'intestin grêle, d'un bacille caractéristique rappelant celui de la morve. Les nouvelles observations que nous avons faites à Toulon confirment pleinement celles que nous avions faites en Egypte.

Dans la muqueuse intestinale d'un certain nombre de cholériques, on rencontre les organismes les plus divers, surtout dans le cas où la maladie s'est prolongée. Mais, dans

FEUILLETON

Nouveau Dictionnaire de géographie universelle contenant la géographie physique, la géographie politique, la géographie économique, l'ethnologie, la géographie historique, la bibliographie, par M. Vivien de Saint-Martin, président honoraire de la Société de géographie de Paris, etc., t. II (D.-J.). — Paris, librairie Hachette, 1884.

La géographie est, dans des proportions considérables, une création du génie français. Le plus grand géographe des temps modernes, d'Anville, était notre compatriote. La grande carte de France à laquelle Cassini a travaillé pendant 39 ans, et qui n'a été terminée qu'en 1783, bien qu'elle porte un nom italien, est une œuvre française. Et nul ne peut contester à la France la gloire d'avoir fondé la science géographique moderne.

La France a-t-elle baissé sous ce rapport à un moment quelconque ? Ce qui est certain, c'est que, depuis 1870, les études et les travaux géographiques y ont pris un élan remarquable, et que, si notre patrie a pu faiblir, son relèvement est aujourd'hui manifeste et rapide. Si l'on pouvait en douter, il suffirait de rappeler, entre tant d'autres productions de la plus grande valeur, la magnifique publication d'Elysée Reclus que les lecteurs de l'*Union médicale* connaissent et à laquelle aucune autre du même genre ne peut être comparée, et les travaux nombreux et généralement estimés de l'auteur du présent volume. Et puis, notre savant et honorable confrère, M. le docteur Bordier, par son excellent ouvrage, la Géographie médicale, qui a été également signalé à nos lecteurs,

les cas les plus rapides, ils sont beaucoup moins nombreux, et dans les cas suraigus il est impossible de déceler leur présence. Ainsi, dans les dix-huit intestins de cholériques que nous avons recueillis à Toulon, plus de la moitié (11 cas), malgré le nombre de coupes examinées, ne contenaient pas de micro-organismes.

Comme M. Koch, dans ses notes, n'a pas expliqué la technique qu'il a suivie pour colorer les bacilles qu'il rencontre constamment dans les tuniques intestinales, il fallait se demander s'il n'avait pas employé une méthode de coloration spéciale, comparable, par exemple, à celle qui sert à démontrer le bacille de la tuberculose. Dans ce cas, nos faits négatifs perdaient toute leur valeur. A l'arrivée de M. Koch à Toulon, les explications orales qu'il a bien voulu nous donner nous ont appris qne les méthodes de coloration employées par lui et par nous sont identiques; comme nous, il colore par la méthode de Weigeit et il se sert de bouillon aqueux de bleu de méthylène.

Nous pouvons donc maintenir que dans bon nombre de cas de choléra (et particulièrement dans les plus caractérisés) on ne trouve pas de micro-organismes dans les tuniques intestinales.

Dans son cinquième et son sixième rapport, datés de Calcutta, M. Koch donne des détails plus précis sur l'organisme qu'il regarde comme étant la cause du choléra. Ce n'est plus sur les tuniques intestinales, mais dans le contenu même de l'intestin et dans les selles, que doit porter l'investigation. M. Koch, à Toulon, a bien voulu nous indiquer les méthodes auxquelles il a eu recours pour mettre ce microbe en évidence. Il n'a pas de procédé spécial de coloration. Une parcelle de selles ou de mucus intestinal est étalée en couche mince et desséchée sur une lamelle à couvrir; la préparation ainsi obtenue est colorée par une solution assez concentrée de couleur basique d'aniline, de préférence par le bleu de méthylène.

Lorsque, comme nous l'avons fait systématiquement à Toulon, on examine suivant ce procédé les selles caractéristiques des cholériques, on voit qu'elles renferment le plus souvent un très grand nombre de virgules. Dans quatre cas, on n'en trouvait qu'un petit nombre, et, dans cinq cas, elles faisaient défaut. Il est vrai que les conditions regardées par M. Koch comme particulièrement favorables à la mise en évidence du bacille en virgule sont assez fugaces; pour lui, les selles encore fécales du début, non plus que celles qui se produisent à la période de réaction, ne sont convenables pour cette recherche. Il recommande l'examen du contenuintestinal pris très rapidement dans l'intestin grêle de sujets ayant succombé pendant la période algide d'un choléra rapide.

Dans un cas foudroyant, une parcelle de mucus intestinal, traité comme je l'ai dit plus haut, contenait, il est vrai, une grande quantité de ces bacilles en virgule. Sur les dix-huit autopsies que nous avons faites, nous avons rencontré une autre fois, dans un cas où la mort était aussi survenue très rapidement, le même aspect du contenu intestinal et la même abondance du microbe en virgule.

---

vient de faire entrer la géographie dans le domaine de la médecine, et de démontrer qu'elle est un terrain fécond d'études importantes pour la pratique de l'art de guérir. Enfin, le dictionnaire sur lequel j'attire en ce moment l'attention de mes confrères, est un témoignage non moins éclatant du développement considérable et des progrès heureux des études géographiques en France.

C'est bien sur le terrain où je me place en ce moment qu'on peut apprécier l'immense utilité de la forme *Dictionnaire*. L'homme livré à l'application pratique des sciences, des arts, de la médecine, s'il éprouve le désir bien naturel de se tenir au courant des faits nombreux qui se passent à la surface du globe et dont plusieurs intéressent son pays, parfois même ses opinions, touchent ses intérêts personnels, ou sont de nature à favoriser ses études spéciales, peut-il apprécier utilement ces faits sans la connaissance des lieux, des climats, des races ? Or, cette connaissance — sommaire, bien entendu, mais suffisante — où la prendra-t-il sinon dans un dictionnaire où tous les documents, toutes les notions afférentes, résultat d'un travail qu'on pourrait appeler universel, ont été réunis dans un ordre alphabétique, qui permet de faire sans effort et sans perte de temps les recherches nécessaires? Comment pourrait-il consulter toutes les sources sur des sujets si nombreux et si divers, en admettant qu'elles pussent se trouver à sa disposition? En ce qui concerne la géographie, ses dépendances, ses détails, le travail d'informations est tout préparé dans le dictionnaire de M. Vivien de St-Martin. Aussi peut-on le considérer comme un livre de haute utilité dans tout intérieur éclairé, avide d'apprendre et de savoir.

Ne pouvant analyser dans toutes ses parties un volume grand in-quarto de plus de mille pages, qui renferme de quinze à vingt mille mots, je dois me borner à quelques

Ces cas sont très saisissants et conduisent à accorder dans le choléra un grand rôle à l'organisme en virgule ; cependant il en est d'autres, et ce sont les plus nombreux, où la variété des organismes que l'on trouve dans le contenu intestinal est si grande qu'aucun d'eux ne paraît prépondérant. Dans ces cas, M. Koch a recours à la culture pour mettre en évidence l'organisme en virgule.

Une parcelle du contenu intestinal est délayée dans quelques centimètres de bouillon gélatiné que l'on a fluidifié par une douce chaleur : on étend le liquide ainsi ensemencé sur une plaque de verre, et la gélatine convenablement refroidie fait prise de nouveau. Dans les îlots d'organismes qui se développent, il en est qui ont l'aspect de petites masses réfringentes ; elles sont formées par des organismes en virgule qui fluidifient bientôt la gélatine autour d'eux et se montrent alors sous le microscope animés de mouvements rapides. Ces organismes pendant leur végétation restent parfois joints bout à bout, et ils prennent une forme d' S ou la forme de spirilles. C'est cet aspect de la culture gélatinée que M. Koch regarde comme caractéristique. L'organisme en virgule exige pour son développement un milieu alcalin ; dans les conditions où M. Koch l'a observé, il ne paraît pas donner de germes ; une dessiccation de quelques heures suffirait pour le faire mourir.

Il est donc certain qu'il existe souvent dans les selles riziformes et dans le contenu de l'intestin des cholériques un bacille en forme de virgule, et que dans certains cas on trouve ce bacille presque à l'état de pureté dans le mucus qui tapisse l'intestin. Est-on en droit d'en conclure que le microbe en virgule est l'organisme du choléra ? — Nous ne le pensons pas. Tant que par l'administration d'une culture pure de cet organisme on ne sera pas parvenu à donner le choléra, la preuve ne sera pas faite.

C'est pourquoi toutes les tentatives pour donner le choléra aux animaux ont un si grand intérêt. Il se pourrait, en effet, que le bacille en virgule ne fût prédominant dans certains cas de choléra que parce qu'il y trouve un milieu de culture très favorable.

A défaut de la preuve directe que fournirait l'inoculation du microbe en virgule aux animaux, M. Koch s'est efforcé de montrer que l'organisme qu'il a décrit dans le choléra ne se rencontrait que dans l'infection des cholériques, et jamais chez l'homme en santé ou chez l'homme atteint de maladies autres que le choléra.

Pour qu'une semblable constatation eût de la valeur, il faudrait qu'elle portât sur un très grand nombre de cas; car il suffirait que l'organisme de M. Koch fût trouvé une seule fois en dehors d'un cas de choléra asiatique, pour tout mettre en question.

La forme en virgule ne peut, du reste, à elle seule, caractériser l'organisme du choléra. On trouve, en effet, des bacilles recourbés et de forme tout à fait semblable à celle de l'organisme de M. Koch dans des produits qui n'ont rien à voir avec le choléra. Le docteur Maddore, de Londres, a photographié un microbe en virgule qu'il a trouvé dans un réservoir d'eau. M. Malassez nous a montré dans une préparation de selles de dysen-

---

indications qui soient de nature à donner une idée exacte de son mérite et des services qu'il peut rendre.

L'article le plus remarquable, l'article capital de ce second volume, est sans contredit l'article FRANCE. C'est sur lui que notre attention se porte tout d'abord ; c'est lui qui nous sert de base pour le jugement qui doit être porté sur l'ensemble.

Au point de vue géographique proprement dit, rien n'y manque : la *situation*, avec la discussion de ses avantages et de ses inconvénients ; les *limites*, tronquées par suite de nos malheurs récents ; l'*étendue*, les *frontières* ; la *configuration* du sol ; la *nature géologique* des terrains et son influence sur le choix des lieux d'établissement par les populations ; l'*orographie* : description, entre autres, du plateau central qui couvre à lui seul environ 80,000 kil. carrés ; l'*hydrographie*, avec les déformations plus ou moins rapides du littoral ; les *climats*, etc. ; les *provinces* avant 1791, avec la peinture de ces provinces, où l'on voit la France se former graduellement ; les *départements*, avec les cantons, les communes, description enrichie de détails curieux. La France a eu jusqu'à 132 départements ; aujourd'hui, après le passage du dernier empire, elle en possède 86 et une fraction ! etc., etc.

Au point de vue moral ou social, le récit est aussi riche. Nous avons les *origines*, l'*ethnographie*, l'*archéologie* dans toutes ses branches, la *statistique* dans toutes ses ramifications ; la transformation de l'*art architectural* sous Louis VII et par l'influence de Suger, transformation toute française suivie par l'Europe ; la *race* française ; le *caractère* national ; la *condition physique et morale* des populations ; la *langue*, avec ses dialectes et ses patois ; la *littérature* ; la *science* ; les *religions* ; tout ce qui concerne les *productions du sol*, l'*industrie* et le *commerce* ; puis l'*histoire* et la *géographie historique*. Dans les para-

térie, au milieu de beaucoup d'autres organismes, quelques bacilles en forme de virgule bien caractérisés.

Dans le mucus vaginal de femmes atteintes de leucorrhée, dans la sécrétion utérine muqueuse d'une femme ayant un épithélioma naissant du col, nous avons trouvé des formes de bacilles en virgule semblables à celles du choléra.

La forme en virgule n'est donc pas caractéristique par elle-même. Il est très important d'essayer, dans des cas semblables à ceux que nous venons de citer, d'isoler par la culture les microbes qui présentent une forme semblable à celle de l'organisme de M. Koch et de voir comment ils se comportent dans les différents milieux de culture. C'est la seule manière de les caractériser. Si le bacille en virgule est la vraie cause du choléra, comme il ne réside que dans le contenu de l'intestin et que, dans les cas rapides du moins, il n'envahit même pas d'une façon appréciable la muqueuse intestinale, il faut admettre que, pour produire des effets aussi rapides et aussi intenses, il sécrète un ferment soluble, une ptomaïne, un poison quelconque extrêmement énergique, qui absorbé, provoque les symptômes du choléra. Il faut s'attacher à extraire des cultures pures dans lesquelles a vécu le bacille un poison soluble qui reproduirait chez les animaux des symptômes analogues à ceux que l'on observe chez les cholériques. Il y aurait aussi un intérêt spécial à rechercher si, dans les cas de choléra nostras bien avérés, on rencontre le microbe en virgule.

Il nous reste à nous expliquer sur un dernier point. Dans notre rapport sur le choléra d'Egypte, nous avons signalé la présence dans le sang des cholériques de particules extrêmement fines, affectant l'aspect d'organismes. Toutefois nous faisions toutes nos réserves sur l'insuccès de nos tentatives de culture et de coloration. A Toulon la même altération du sang s'est présentée à nous dans beaucoup de cas, mais elle a fait défaut dans quelques-uns. Nous pensons que ces corpuscules sont dus à une altération spéciale de l'hémoglobine ; c'est aussi l'opinion à laquelle paraît se ranger notre ami M. Malassez, qui, avec une compétence si grande en hématologie, a examiné les échantillons de sang des cholériques d'Egypte et de Toulon.

Les propriétés et les usages thérapeutiques de l'hamamelis virginica.

Pour venir de l'autre côté de l'océan Atlantique, l'*hamamelis virginica* n'est pas une plante d'introduction récente dans la matière médicale. En 1831 déjà, Mérat et Delens, après d'autres, mentionnaient ses vertus médicinales; vertus assez obscures d'ailleurs, puisque, depuis cette époque, elles demeurèrent dans l'oubli, sur le continent européen, du moins. Il est vrai que, mieux connues, elles sont utilisées dans les pays de langue anglaise; leur renommée peu envahissante s'était contentée, jusque dans ces dernières années, de l'enthousiasme des thérapeutes américains et anglais.

---

graphes consacrés à l'histoire, on recherchera les traditions de la *Gaule* : Gallia braccata, Gallia comata, la Gaule depuis Auguste jusqu'à Clovis, la Gaule mérovingienne et carlovingienne. On lira la *France féodale*, avec un tableau chronologique du démembrement féodal du royaume des Francs, suivi du tableau chronologique de la reconstitution territoriale de la France par la réunion des fiefs; ensuite, après un résumé très intéressant de la guerre de Cent Ans provoquée par l'ambition d'Edouard III d'Angleterre, qui pour la fantaisie d'être roi de France arrêta tous les progrès de la société française, on suivra les rois de France reconquérant pièce à pièce, depuis la fin du XIIe jusqu'au milieu du XVIIIe siècle, les lambeaux arrachés au manteau royal par l'usurpation féodale et par les morcellements politiques, etc., etc., et les faits de notre histoire jusqu'à nos jours.

Bien d'autres détails de la vie d'un grand peuple ont été exposés : administration générale, budget, instruction publique, voies ferrées, canaux, marine, armée, etc., etc. En un mot, la *France entière* est là, envisagée sous tous les points de vue possibles, admirablement résumée, s'offrant à la minute à toute recherche, à toute demande de renseignements.

Eh bien, les autres articles du *Dictionnaire*, autant que j'ai pu m'en assurer par l'examen que j'ai fait des plus importants, présentent les mêmes documents, résumés et rédigés avec le même soin, dans un cadre semblable, tout aussi complet.

Ainsi, à l'EGYPTE l'auteur a consacré un article de premier ordre, article tout d'actualité, où il a consigné, entre autres détails, les considérations fournies par de M. Lesseps, les vues de Napoléon Ier; et, après avoir donné les grandes phases historiques de l'Egypte, de ce peuple égyptien qui est le premier né de l'histoire, il nous peint sa dégradation sous la double influence du despotisme et de la religion des Turcs.

Par de récentes tentatives, on a voulu cependant faire accepter cet agent médicamenteux par les médecins français. La Société de thérapeutique vient de discuter ses mérites, un peu brièvement peut-être, mais à coup sûr très opportunément.

Désignée suivant les langues et les auteurs par les noms de Witch hazel, Winterbloom, Snapping-hozelmit, Spitted-alter, l'*hamamelis virginica*, ou noisetier des sorcières, ou fleur d'hiver, est un arbrisseau de trois à quatre mètres, à fleurs d'un blanc jaunâtre, à fruit capsulaire dont l'amande est comestible. Son habitat est sur le bord des rivières, les bois humides et les collines des contrées septentrionnales des Etats-Unis d'Amérique, pays où, de temps immémorial, elle possède la réputation d'être un puissant hémostatique.

Jusqu'ici, on ignorait la composition chimique de son écorce et de ses feuilles, qui sont les parties actives du végétal; mais dans un récent mémoire, M. Victor Van der Espt a fait connaître à la Société royale des sciences médicales de Bruxelles le résultat de ses habiles recherches sur les principes immédiats de cette substance.

L'*hamamelis virginica* ne contient pas un alcaloïde spécial ; elle doit ses propriétés à sa richesse en acides gallique et tannique, qui y sont en mélange avec une matière colorante rouge et une substance aromatique. Ce signalement chimique donne la raison de ses propriétés physiologiques et thérapeutiques.

En effet, les écorces sèches et les feuilles, telles qu'elles sont employées dans la pharmacopée américaine et expédiées en Europe par les droguistes de New-York, donnent par la mastication une saveur amère et astringente ; saveur passagère, il est vrai, et bientôt remplacée par un goût douçâtre et piquant, très longtemps persistant. De plus, l'expérimentateur éprouve en même temps « une impression de rétrécissement de la cavité buccale, et les muqueuses se décolorent ».

Quand elles sont ingérées, elles produisent une sensation d'ardeur épigastrique, de la lenteur des digestions et un état dyspeptique accompagné de constipation. M. Van der Espt, en exagérant les doses, a observé des accidents analogues à ceux que produit l'administration par les voies digestives du tannin en excès, c'est-à-dire des indigestions, des vomissements, des douleurs intestinales, l'accélération des battements du cœur et des mouvements respiratoires, en même temps que de la dyspnée, des pandiculations et une constriction douloureuse du thorax.

Par contre, voici le témoignage si autorisé et si manifestement décisif de M. Dujardin-Beaumetz.

Le 22 mai dernier, à la Société de thérapeutique, ce maître aimé déclarait que jamais il n'en a observé d'effets physiologiques, même après l'administration à des doses élevées.

Ce serait donc comme astringent et styptique que l'*hamamelis virginica* trouverait place dans les classifications thérapeutiques et emploi en clinique. D'ailleurs, c'est à ce titre de sédatif et de résolutif que les Indiens l'utilisaient en topique sur les tumeurs, et

---

Tout le monde lira l'article ETATS-UNIS DE L'AMÉRIQUE DU NORD. Cette grande nation, c'est le mouvement, c'est la vie de notre époque. Elle a pu se former sans être obligée de passer par les préliminaires écœurants de l'enfance du vieux monde, qui plie encore sous le poids de ses premières impressions ; aussi, sa marche est-elle brillante et rapide. Toute sa constitution physique, toute son existence nationale sont analysées et décrites. La République américaine du Nord est le premier pays du monde par son agriculture. A elle seule, elle fabrique plus de grandes machines agricoles que toutes les autres contrées du monde ; et elle s'avance à grands pas dans les autres branches de l'activité humaine. Un sommaire historique termine et éclaire ce bel article.

Quelques noms feront comprendre tout ce qu'on peut trouver dans le livre qui nous occupe : le DANEMARK, où les paysans de chaque village, dans les soirées d'hiver, se rassemblent de 6 heures du soir à minuit pour travailler en commun Heureux paysans ! — L'ECOSSE, où les Highlanders, malgré le gouvernement anglais, ont conservé leur costume, leur coiffure, leur organisation en tribus. — L'ESPAGNE, si prospère avec les Maures, si puissante sous Charles-Quint, si abattue par le terrible despotisme des rois et de l'Inquisition ! — La GRÈCE, qui a été le premier foyer de la civilisation de l'Occident et dont la description est assombrie par les tristes détails de la vie intérieure de la plus grande partie de sa population, résultat de la trop longue oppression des Turcs. — La GUINÉE, la GUYANE, HUÉ, INDE, INDO-CHINE, ITALIE, JAPON, etc., etc.

On voit que les sujets de recherches auxquelles le Dictionnaire de M. Vivien de Saint-Martin peut se prêter sont innombrables.

Dr G. RICHELOT père.

que ses premiers monographes, Collinson, Mérat et Delens, en conseillaient l'usage externe. Si, dans de telles affections, ce médicament possède quelque efficacité, il n'est pas illégitime, avec M. Van der Espt, de l'attribuer à une modification de la circulation locale, à la diminution de la fluxion inflammatoire et par conséquent aux principes astringents qui entrent dans sa composition.

A titre d'hémostatique, les médecins américains, et M. Serrand, dans sa thèse inaugurale, le préconisent contre les épistaxis, les hémorrhagies gingivales, les hématémèses, les entérorrhagies, les flux sanguins hémorrhoïdaux, les métrorrhagies et le purpura.

On a pu faire cesser des hémoptysies rebelles et graves par des pulvérisations de teinture d'*hamamelis virginica*. Ces résultats ont été aussi heureux contre l'épistaxis et dans le traitement des hémorrhagies de la partie inférieure du tube digestif. L'action thérapeutique est alors comparable à celle de l'acide gallique, dont les propriétés coagulantes ont été depuis longtemps classiquement étudiées.

A l'instar du tannin, on peut l'administrer à l'intérieur, et, en Amérique, on fait ingérer sa décoction pour combattre les hémorrhagies internes, les hématémèses et les flux diarrhéiques.

Hale l'employait contre les congestions passives, les hémorrhagies veineuses, contre les varices et les phlébites, et enfin dans le traitement des affections nerveuses vraisemblablement d'origine congestive. M. Campardon a vu les taches pigmentaires post-variqueuses se décolorer et disparaître après l'administration répétée d'une infusion de feuilles d'*hamamelis* à l'intérieur, c'est-à-dire sans pratiquer simultanément d'applications topiques locales (1).

Ses propriétés astringentes ont été utilisées dans le traitement de l'amygdalite et de la stomatite; contre l'uréthrite, l'orchite blennorrhagique, les ophthalmies, et enfin contre la leucorrhée. On lui a même attribué une efficacité contre la dysménorrhée, l'aménorrhée, le prolapsus utérin ou rectal. C'est aller un peu trop loin et discréditer ce médicament par l'exagération de ses vertus!

La valeur thérapeutique de l'*hamamelis virginica* est donc en rapport avec les principes immédiats styptiques et astringents qui entrent dans sa composition. On peut conséquemment en essayer l'emploi comme hémostatique, soit à l'extérieur, en topique, en inhalations, en pulvérisations et en injections de sa teinture ou de sa décoction; soit à l'intérieur, suivant les indications de Hale ou les essais de M. Campardon. Comme astringent, elle est indiquée dans les cas où on fait usage du tannin en solution, c'est-à-dire pour combattre les flux diarrhéiques, leucorrhéiques, peut-être même blennorrhagiques et uréthraux. Mais, à l'heure actuelle, et avant d'avoir été expérimentée par un plus grand nombre de médecins, il serait difficile de lui assigner une autre place et une autre valeur parmi les divers agents de la matière médicale.

Les modes d'administration et les formes pharmaceutiques de ce médicament sont peu variés. La posologie en est simple.

En applications topiques, M. Serrand recommande une solution de 20 gouttes d'extrait dans un verre d'eau. Des compresses imbibées de cette solution recouvrent la région malade. En injections, on peut faire usage de la teinture, ou bien de la décoction de cette plante.

A l'intérieur, la dose prescrite par M. Hale doit être de 2 gouttes cinq fois par jour, pour combattre les hémorrhagies internes. M. Van der Espt conseille de l'employer à celle de 2 à 20 gouttes, qu'on administre en trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures. M. Campardon l'emploie en infusion.

En Amérique, sa décoction se prépare en faisant bouillir 30 grammes d'écorces dans 500 grammes d'eau. La dose de cette décoction est de 60 à 120 grammes; on la répète trois à quatre fois par jour, d'après M. Van der Espt. A ce point de vue, il importerait de savoir si la décoction des feuilles possède les mêmes propriétés, les mêmes avantages et la même puissance que celle des écorces.

Enfin, sous le nom d'*hazeline* (extract of *hamamelis*), on emploie en Angleterre, et surtout en Amérique, une eau distillée d'*hamamelis virginica*, dont le goût et l'odeur aromatiques sont assez agréables. L'activité médicamenteuse de cette préparation est moins bien démontrée (2).

(1) Smith. *The Lancet*, 1879, t. II, p. 337, et 1881, t. II, p. 529. (Voir : *Journal de méd. de Paris*, 30 nov. 1883.)

(2) *The Lancet*, 1879, p. 337, t. I. — SERRAND. Thèse inaug., 1881; Paris. — VAN DER ESPT. *Journ. de méd. de Bruxelles*, 1884; avril et mai. — Voir : *Société de thérapeutique*, 22 mai 1884, et *Bull. gén. de thérap.*, juin 1884.

Expérimentée au siècle dernier, l'*hamamelis* n'a donc pas le mérite d'être un médicament nouveau. Par contre, elle paraît destinée à prendre un rang honorable, mais assez modeste, à côté des autres agents de la médication astringente dont elle peut être à l'occasion un utile succédané. — Ch. E.

BIBLIOTHÈQUE

De la phthisie bacillaire des poumons, par le professeur G. Sée. — Delahaye et Lecrosnier, édit. Paris, 1884.

Le nouveau livre de M. Sée est l'œuvre d'un médecin qui a toujours eu à cœur de tenir la médecine clinique au niveau des recherches scientifiques, parfois même les plus hardies. Aujourd'hui que la médecine est entraînée vers la doctrine microbienne et l'étiologie expérimentale, nous le voyons prendre place une fois de plus aux premiers rangs des réformateurs.

Bien que la découverte de Villemin date de 1865; bien que, depuis cette époque, la phthisie pulmonaire soit démontrée maladie virulente, inoculable, transmissible de l'homme aux animaux par l'insertion sous la peau, l'injection ou l'inhalation de la matière tuberculeuse, l'enseignement classique était resté, on peut le dire, réfractaire à cette démonstration expérimentale. Cette notion capitale, révolutionnaire, qui semblait devoir bouleverser toutes les idées anciennes et modifier de fond en comble la conception de la maladie était acceptée au point de vue expérimental; mais tout le monde était à peu près d'accord pour n'en tenir aucun compte au point de vue clinique et pratique. Aujourd'hui que la découverte de Koch, laquelle n'est cependant que le corollaire prévu des expériences de Villemin, a forcé les derniers doutes en montrant le parasite spécifique, il semble qu'une revision générale de nos connaissances en physiologie s'impose, et qu'il faille orienter non seulement notre esprit, mais aussi notre langage vers cette idée fondamentale du parasitisme de la tuberculose.

C'est cette nécessité actuelle qui a guidé le professeur G. Sée. Prenant hardiment, suivant son habitude, la direction du mouvement, il a résumé son programme dans le titre même de l'ouvrage : *De la phthisie bacillaire des poumons*. La phrase suivante peut être considérée en quelque sorte comme la base sur laquelle est bâti le livre.

« Dans la tuberculose, l'élément étiologique est désormais défini rigoureusement : c'est le parasite bacillaire; c'est lui qui produit la lésion tuberculeuse, par conséquent amène le trouble fonctionnel qui s'ensuit; c'est contre lui que seront dirigés les soins prophylactiques de l'individu menacé, les soins curatifs de l'individu frappé. »

M. Sée divise son livre en sept parties : la première est un résumé rapide de l'histoire générale des micro-organismes; la seconde est consacrée à l'étude particulière du bacille tuberculeux; la troisième comprend les lésions anatomiques; la quatrième, les conditions étiologiques; la cinquième, les diverses modalités cliniques de la phthisie; la sixième et la septième sont réservées à la prophylaxie, à l'hygiène et à la thérapeutique.

Avant d'aborder l'étude du microbe tuberculeux, M. Sée a voulu donner une idée du règne parasitaire auquel le bacille appartient et tout ce monde ignoré des microbes à l'entrée duquel nous tâtonnons encore, malgré les recherches de Pasteur, de Koch, de Cohn, de Nœgeli, et de tant d'autres. On trouvera, dans ce chapitre, un aperçu complet et précis des différentes espèces de microphytes, de leur morphologie, de leur mode de reproduction, de leurs conditions d'existence. La description du bacille de Koch vient ensuite, ainsi que l'étude des lésions qu'il provoque en se greffant sur le tissu pulmonaire. Mais M. Sée n'insiste sur l'anatomie pathologique qu'autant qu'elle lui est utile pour faire connaître la marche et la nature de la maladie. Son but étant surtout de faire un livre de pathologie appliquée, une plus longue description anatomique eût été un hors-d'œuvre.

Avec le chapitre des causes, au contraire, le cadre de l'auteur s'élargit aux proportions nouvelles de la pathologie microbienne. M. Sée prend le bacille tuberculeux dans le milieu ambiant et nous le montre pénétrant dans l'organisme par les trois voies qui lui sont ouvertes, l'inhalation, l'injection, l'inoculation. Si la pathologie expérimentale est le dernier mot de la vieille anatomie pathologique, c'est le premier de l'étiologie nouvelle; la phthisie expérimentale doit être le fondement le plus assuré de l'étiologie vraie de la phthisie humaine. La tuberculose inoculée, la tuberculose alimentaire et la tuberculose respiratoire sont les trois genres de tuberculoses expérimentales. Les pro-

cédés d'expérimentation consistent à faire pénétrer la substance tuberculeuse ou le parasite même : 1° par insertion sous la peau, dans les séreuses, dans la chambre antérieure de l'œil; 2° par l'usage artificiel et forcé d'aliments provenant des tissus de l'homme phthisique ou des animaux tuberculeux; 3° par l'inhalation de l'air contaminé et expiré par les malades ou de l'air qui a passé sur des produits tuberculeux; en particulier, sur les crachats desséchés et réduits en poussière.

Cette première démonstration établie, et elle a été faite aussi complète que possible par les expériences de Villemin et de ses successeurs, et par celles de Koch, comment se fait, dans les conditions ordinaires, la pénétration du parasite dans l'organisme humain? Le bacille tuberculeux existe dans le milieu ambiant à l'état de spores; ces spores proviennent des crachats desséchés; comme toutes les spores de microphytes, elles ont une force de résistance presque indéfinie à tous les agents de destruction ou de désinfection; une ébullition prolongée, ou l'action de la chaleur sèche à 100 degrés, peut seule annihiler leur puissance morbigène. « La respiration de l'air chargé de poussières de crachats desséchés, voilà donc le mode de transmission le plus certain de la phthisie humaine. »

L'alimentation est le deuxième facteur général de l'étiologie tuberculeuse. La question revient à celle-ci : l'injection de lait ou de viande provenant de vaches tuberculeuses peut-elle déterminer l'infection bacillaire? La discussion n'est pas close sur ce point; les deux conclusions qui paraissent acquises sont les suivantes : le lait est toujours virulent quand le pis des vaches malades est lui-même tuberculeux; la coction détruit dans tous les cas la virulence. Pour le reste, malgré le nombre des expériences entreprises, la lumière est loin d'être faite.

Sous le nom de causalités vitales, l'auteur étudie ensuite les conditions qui président à la transmission du bacille d'un individu à l'autre, la contagion et l'hérédité. La contagion n'est plus à démontrer; quant à l'hérédité, elle dominerait l'étiologie dans le rapport d 1 à 2.

Les causalités pathologiques comprennent les différents états morbides qui favorisent le développement du bacille, comme le diabète, la coqueluche, la rougeole, les dystrophies par inanition ou par ischémie.

Enfin, dans les causalités physiologiques se trouvent étudiées les conditions individuelles de santé, d'âge, de sexe, de race, etc.

La partie clinique est traitée d'une manière originale et en rapport avec le plan même et le but de l'ouvrage. C'est encore de la séméiologie appliquée au diagnostic des différents aspects que peut revêtir la phthisie pulmonaire, et non une description générale et schématique, comme on a l'habitude de la faire, ne s'adaptant a aucun cas au moment des incertitudes de la pratique. Comme le dit à juste titre M. Sée, la revue synthétique des symptômes, telle qu'on a l'habitude de l'exposer classiquement, n'a aucune valeur pour le clinicien, qui ne recherche que les moyens d'assurer le diagnostic à chacune des périodes si diverses, si opposées de la tuberculose.

A ce point de vue, l'auteur admet quatre catégories de phthisies : les phthisies latentes; les phthisies avérées; les phthisies larvées; les phthisies cavitaires; auxquelles il faut ajouter les phthisies miliaires aiguës.

C'est à propos des phthisies *latentes* ou douteuses, phthisie chloro-anémique, dyspeptique, fébrile, que M. Sée étudie les hémoptysies, les caractères de la toux et son explication physiologique, la valeur des signes fournis par l'auscultation au début de la tuberculose, enfin la recherche des bacilles dans les crachats.

La percussion et l'auscultation sont minutieusement analysées à l'occasion des phthisies *avérées*. Nous signalerons tout particulièrement le chapitre consacré à la percussion, qui est un véritable traité sur la matière. La discussion du mode de production des sons tympaniques et sous-tympaniques, faite d'après les travaux de Skoda, de Wintrich, de Weill, de Baas, est la partie capitale de ce remarquable chapitre.

Dans le paragraphe des *phthisies larvées*, qui comprennent non seulement les formes pulmonaires bronchitiques, pleurales, etc., mais aussi les phthisies laryngées, intestinales, ganglionnaires, etc., on lira surtout avec intérêt tout ce qui a trait aux formes congestives et pneumoniques de la tuberculose, et aux diverses variétés de la diarrhée tuberculeuse. M. Sée nie toute congestion idiopathique active, toute congestion localisée du poumon, analogue à celles qu'avait décrites Woillez; la congestion est toujours secondaire, et, dans l'espèce, elle trahit la présence de granulations tuberculeuses. Quant à la diarrhée, si fréquente chez les phthisiques, elle reconnaît plusieurs causes; mais l'auteur insiste surtout sur ce point, qu'à côté de diarrhées par ulcération ou par dégénérescence de la muqueuse, il existe chez les tuberculeux des diarrhées

simples, catarrhales ou d'origine nervo-motrice, qu'on peut traiter et guérir par les moyens ordinaires.

Le dernier groupe ou phthisies *cavitaires* ou *pseudo-cavitaires* comprend les phthisies arrivées à une période avancée, mais qui tout en présentant les signes positifs de l'induration ou de l'excavation pulmonaire, peuvent simuler des indurations ou des cavités d'autre nature. Dans cette catégorie, le chapitre des phthisies emphysémateuses est particulièrement intéressant. Signalons encore un détail peu connu, la valeur des urines diazotées chez les phthisiques. En ajoutant à certaines urines de l'acide sulfanilique additionné d'acide nitreux, on voit apparaître une coloration écarlate ou rouge orange. Cette réaction, indiquée par Erhlich, manque dans les urines normales; Penzoldt dit cependant l'avoir constatée dans un certain nombre de cas; mais elle serait presque constante dans la fièvre typhoïde et chez les tuberculeux. Sur 40 phthisiques, M. Sée dit n'avoir pas vu manquer une seule fois la réaction diazotée, et il la donne comme un signe important.

Avec la sixième partie, nous abordons l'étude des moyens thérapeutiques dirigés contre la phthisie. Un tiers de l'ouvrage y est consacré. On voit que cette question a été traitée avec complaisance et prédilection; c'est là le point capital de l'ouvrage, celui où tous les efforts de l'auteur ont convergé, celui où se trouvent le mieux exprimés les rapports qui unissent la médecine clinique à l'étiologie expérimentale.

La tuberculose étant une maladie parasitaire et contagieuse, trois indications résument la thérapeutique : *a.* s'opposer à l'entrée du parasite; *b.* empêcher son développement s'il a forcé l'entrée; *c.* enrayer sa multiplication ou le détruire, s'il a commencé à se développer.

Les deux premières indications relèvent de l'hygiène. M. Sée répond à la première par les chapitres suivants : préservation alimentaire, préservation atmosphérique, préservation individuelle, préservation des familles. Pour remplir la deuxième, il faudrait modifier l'organisme de façon à obtenir une résistance maxima à l'implantation des parasites, résistance telle que la réceptivité fût nulle. M. Sée ne paraît guère croire à cette immunité acquise. Pour lui, tout le monde est égal devant le bacille; il n'admet pas les prédispositions.

C'est donc la troisième indication, enrayer le développement des parasites, que doit surtout viser le médecin dans le traitement de la phthisie.

Dirigé par cette idée, M. Sée considère le climat comme un médicament composé d'éléments divers : l'oxygène, la température, la lumière, les mouvements de l'air, l'état barométrique, ces éléments agissant essentiellement comme antiparasitaires. Il y ajoute un deuxième ordre d'éléments à considérer, la composition vitale de l'atmosphère, c'est-à-dire sa pureté au point de vue microphytaire. C'est là un fait d'importance capitale pour l'auteur, et qui domine en partie l'étude des climats dans la thérapeutique des phthisiques.

Mais le climat n'est qu'un auxiliaire; ne peut-on espérer atteindre directement le bacille dans sa vitalité, trouver un agent spécifique qui arrête sa multiplication et s'oppose à ses envahissements? Sans doute, jusqu'à présent, toutes les tentatives ont échoué; mais M. Sée proteste énergiquement contre tout découragement et s'élève contre les dénigrements systématiques. « La voie nouvelle dans laquelle la clinique peut et doit entrer résolument ne restera pas stérile; nous ne sommes pas effrayé par les faux pas de la première heure; en effet, les difficultés sont bien autrement considérables que dans la science chirurgicale ou obstétricale, où le médicament nécrophytaire trouve le parasite pour ainsi dire sous la main. Le parasite médical, au lieu de rester à la surface comme sur une plaie, a pénétré profondément dans les tissus, dans la muqueuse bronchique, dans le poumon, dans tous les éléments histologiques; vous ne l'atteindrez pas par des fumigations, ni même avec les injections intra-pulmonaires, d'ailleurs dangereuses, des substances antivirulentes; l'ennemi est dans la place et non à la porte d'entrée; il faut le prendre à revers, et pour cela imprégner l'organe malade par le médicament, sans faire courir de danger à l'organisme. Il faut que le médicament, s'il ne peut pas arriver au bacille, le frappe indirectement dans ses conditions vitales, dans ses moyens d'existence; c'est là le secret et l'explication de certaines actions médicamenteuses; c'est là la source des indications curatives. »

M. Sée divise en quatre grandes séries les médicaments applicables au traitement de la phthisie. La première série comprend les deux substances qu'on peut regarder jusqu'à nouvel ordre comme les vrais spécifiques de la tuberculose, l'iode et l'arsenic. Ces deux médicaments sont à la fois antiparasitaires, sous-oxydants et antidyspnéiques. Ils sont, comme le dit l'auteur, *nécrophytiques*, *trophiques* et *respiratoires*. Les chapitres

consacrés à l'iode et à l'arsenic forment une histoire complète de ces deux substances et de leurs dérivés.

Dans la deuxième série sont étudiés les médicaments *trophiques* ou *moyens d'épargne*. Il faut comprendre sous ce nom les aliment gras : graisses neutres, huile de foie de morue, glycérine et lait, et les médicaments d'épargne proprement dits : gélatine, alcool et ses dérivés.

La troisième série renferme les *oxydants* et *ozonisants* et les *acides aromatiques*, qui tous agissent comme antiparasitaires : l'oxygène, l'ozone, les benzoates, la créosote, la térébenthine, le soufre et ses composés.

Enfin, dans la quatrième série, M. Sée range ce qu'il nomme les *aliments minéraux*, c'est-à-dire le phosphate de chaux, le chlorure de sodium, les alcalins.

La dernière partie du livre est consacrée à l'application de ces divers médicaments suivant les cas, au traitement des symptômes et des complications de la phthisie.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1884.

Depuis trois jours, la mortalité reste stationnaire dans les villes de Provence où l'atténuation de l'épidémie continue. Par contre le choléra s'étend dans les campagnes.

A *Toulon*, du 5 au 6, on comptait 9 décès, dont 6 cholériques (5 en ville, 1 à St-Mandrier); du 6 au 7, 10 décès; à cette date l'effectif des cholériques était de 65 à l'hôpital St-Mandrier et 23 à celui de Bon-Rencontre ; du 7 au 8, 4 décès seulement. Actuellement l'épidémie sévit surtout au Mourillon. On signale aussi 2 décès à Carnoules, aux environs de la ville.

Du 5 au 6, on a enregistré à *Marseille* 45 décès, dont 10 cholériques ; du 6 au 7, 49 décès dont 4 cholériques, et du 7 au 8, 5 décès.

La maladie a éclaté à Roquevaire et à Auriol où on compte 2 décès.

A *Arles*, du 5 au 6, on comptait 2 décès choleriques, du 6 au 7, 3 décès, et du 7 au 8, 3 décès en ville et 2 à la campagne.

On constate 2 décès à *Aix*, du 5 au 6, et on signale un nouveau foyer cholérique dans la Camargue aux salins de Giroud où il y a eu déjà 4 décès.

Le 7 août, on a enregistré le décès du mari et de la femme à l'hôpital d'*Avignon*. Enfin aux environs de *Montpellier*, à Gigeon, village distant de 18 kilomètres de cette ville, l'invasion de la maladie a été marquée du 5 août à 10 heures du soir au 6 août à midi, par 20 cas et 6 décès sur une population de 1,800 habitants.

En ITALIE, le bulletin officiel signale des décès à Engarolo, près de Cairo Montenotte (district de Vignarolo), à Portmanrizio (district de Soborgna), Osario et Villafranca, 1 cas à Carignano (Turin), 1 décès et 5 cas au lazaret de Varignàno, 2 cas et 1 décès dans le canton de Campagnanpo.

Voici quelques remarques empruntées à notre estimé confrère le docteur Lacaze, qui revient des Indes où il a visité les foyers d'origine du choléra et observé, en praticien expérimenté, l'organisation sanitaire de ce pays.

Aux Indes, écrit-il, le choléra est peu redouté des populations indigènes parce qu'elles l'acceptent par habitude. Cet avis mérite méditation de la part de nos concitoyens apeurés. Et cependant les conditions d'hygiène des villes y sont déplorables. Les Européens qui y résident, ne les fréquentent que pendant l'heure des affaires et retournent chaque jour à leur *home* situé en général sur des hauteurs ou les bords de la mer et hors des agglomérations.

A Bombay, les casernes sont placées hors de la ville et construites de manière à donner aux hommes beaucoup « d'espace ». Dans cette ville M. Lacaze a visité deux grands hôpitaux dont il admire les installations magnifiques, l'*European hospital* et l'*Hindous hospital*.

« Le premier est en bois, très vaste, avec des ouvertures dans tous les sens, sur les « côtés et sur les toits. Les salles sont larges et les lits très espacés; des médecins euro- « péens et indigènes visitent les malades, des infirmiers laïques européens d'un fort bel « aspect suivent les visites et s'occupent des malades.

« Les cas cholériques y sont exceptionnels, j'en ai vu un cependant, écrit M. Lacaze, « un jeune Anglais peu sérieusement atteint. Il fut soumis au traitement par les prépa- « rations mercurielles. »

L'hôpital hindou « monument gothique et mauresque en pierre granitique et en marbre « est admirablement installé. » Les médecins de l'un et de l'autre établissement sont partisans décidés des méthodes antiseptiques et en font largement usage.

Dans la médication du choléra « tous reconnaissent qu'il n'y a guère d'efficace que « les moyens prophylactiques. Une fois la maladie déclarée, l'isolement est le moyen le « plus puissant d'en atténuer la propagation. » Aussi, les cholériques sont placés hors des salles communes, sous des baraquements qu'on détruit après l'épidémie. Les déjections sont reçues dans des vases contenant du chlorure d'alumine et ensuite détruites par le feu. Le choléra est en effet, pour les médecins indigènes, une diarrhée dont la spécificité est due à un microbe encore inconnu. En outre, un autre point leur paraît acquis, d'après M. Lacaze, c'est l'existence d'une diarrhée prémonitoire.

Les observations de notre confrère confirment donc l'indispensable nécessité d'une surveillance prophylactique des provenances des Indes dans la mer Rouge et le canal de Suez. Elles démontrent enfin que, même en l'absence d'une médication spécifique, il est possible avec un sage sang-froid de lutter énergiquement contre la propagation du fléau. Voilà un témoignage précieux au moment où l'affolement inexplicable des premiers jours est loin d'être calmé. — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 4 août 1884. — Présidence de M. ROLLAND.

Au nom de MM. Gosselin, Marey, Bert, Richet, Charcot, Pasteur, Bouley, M. VULPIAN donne lecture d'un rapport sur des Communications récentes relatives à l'épidémie actuelle de choléra.

« La Commission chargée, dans la dernière séance, de prendre connaissance des nombreuses communications, relatives au choléra, qui ont été adressées récemment à l'Académie, s'est mise immédiatement au travail. Elle a examiné un premier dossier contenant plus de 240 lettres qui, pour la plupart (230), proviennent d'Espagne ; les autres sont envoyées d'Italie, d'Allemagne, de Russie, d'Amérique et de France.

« Plusieurs de ces lettres (30 au moins) ont pour but de faire savoir à l'Académie que ceux qui les écrivent se croient en possession de remèdes secrets et infaillibles : l'Académie ne peut tenir aucun compte de communications de cette sorte.

« Dans d'autres lettres, très nombreuses, la Commission n'a trouvé que l'indication de modes de traitement semblables ou analogues à ceux qui ont été mis en usage dans toutes les épidémies de choléra : il s'agit d'infusions chaudes (camomille surtout ou thé) additionnées ou non, soit d'eau-de-vie, soit de rhum ; de sous-nitrate de bismuth ; de préparations diverses d'opium ; de morphine en injections sous-cutanées ; de frictions sèches ou avec de l'alcool, d'essence de térébenthine, etc.

« Parfois c'est l'eau froide ou le vin qui sont conseillés. D'autres traitements recommandés ont pour agents principaux les vomitifs (surtout l'huile d'olives jusqu'à effet émétique) et les purgatifs (médecine Le Roy, dans plusieurs lettres). Or, on sait que, dans les épidémies qui ont sévi en France, divers médecins ont préconisé, comme médication générale, les vomitifs et les purgatifs.

« Les moyens excitants internes et externes sont vantés dans certaines lettres ; c'est la moutarde à l'intérieur et à l'extérieur ou le gingembre que l'on propose. D'autres personnes conseillent, comme excitants et en même temps comme antiseptiques, l'ail, le soufre, le pétrole, l'essence de térébenthine, la benzine, *intus* et *extra*. On trouve encore mentionnés, comme agents anticholériques, le chloral hydraté, l'éther sulfurique, le sulfure de carbone, la strychnine, l'acide sulfurique, etc.

« Il paraît inutile de citer un certain nombre d'autres moyens proposés qui paraissent tout à fait déraisonnables ; mais nous devons au contraire mentionner encore quelques indications qui procèdent de données scientifiques.

« Ainsi, quelques correspondants croient à l'efficacité du nitrate de pilocarpine en injections hypodermiques. Ils supposent que l'action sudorifique de cette substance déterminerait une dérivation sur l'intestin. Mais il est probable que les glandes sudoripares ne répondraient pas aux provocations de la pilocarpine, à cause de la torpeur extrême de la circulation chez les cholériques, et quand même il y aurait une légère excitation sécrétoire de ces organes, on ne voit pas quelle influence on pourrait exercer ainsi sur une maladie telle que le choléra.

« D'autres correspondants considèrent comme devant produire les meilleurs effets : l'arsenic, le cuivre, l'acide phénique, l'acide salicylique, les vapeurs d'acide hypoazotique.

On conseille encore les injections intra-veineuses d'eau pure, ou additionnée de chlorure de calcium ou d'autres sels. Ces divers moyens ont déjà été expérimentés. Les injections intra-veineuses, ou même simplement sous-cutanées, d'eau pure ou contenant en dissolution des sels inoffensifs, ont produit, dans certains cas, des résultats qui sont de nature à encourager de nouveaux essais. L'acide phénique et l'acide salicylique ont été employés aussi et, comme le choléra paraît bien être une maladie produite par des microbes particuliers, peut-être par ceux qu'a découverts M. Koch, ces substances, de même que toutes celles qui peuvent tuer les microbes ou empêcher leur développement, doivent être mises au nombre des agents thérapeutiques dont l'étude s'impose aux médecins pour le traitement du choléra.

« En résumé : remèdes secrets, ou moyens sans aucune valeur, ou agents thérapeutiques déjà essayés, voilà tout ce que contient ce volumineux dossier; la plupart des personnes qui ont adressé ces communications à l'Académie sont en dehors de la profession médicale et elles n'ont pas produit le moindre fait à l'appui de leurs affirmations. Les quelques arguments allégués dans deux ou trois lettres sont loin d'avoir le caractère démonstratif que leur attribuent les auteurs.

« La Commission a donc le regret de déclarer qu'elle n'a trouvé dans toute cette correspondance aucun renseignement véritablement utile. »

M. Paul Bert présente une note de M. G. Carlet, sur une nouvelle pièce de l'aiguillon des mellifères et sur le mécanisme de l'expulsion du venin.

« Il peut paraître extraordinaire que les nombreux naturalistes qui se sont occupés de l'appareil venimeux des abeilles, bourdons et autres mellifères, n'aient pas observé le curieux mécanisme de l'expulsion du venin. On croit, en effet, que chez ces insectes, comme chez les guêpes, frelons et autres diploptères, les stylets de l'aiguillon sont de simples perforateurs et que la vésicule du venin se contracte pour lancer son contenu dans la plaie. Au contraire, il résulte de mes recherches que :

« 1° La vésicule du venin, chez les mellifères (abeilles, bourdons, xylocopes, etc.) ne présente jamais le revêtement musculaire qu'elle offre toujours chez les diploptères; elle n'est pas contractile et ne peut, en aucune façon, agir sur son contenu ;

« 2° Les stylets de l'aiguillon des mellifères présentent à leur base, du côté dorsal, un organe appendiculaire qui fait complètement défaut chez les diploptères. Cet organe, que j'appellerai le *piston* à cause de ses usages, occupe toute la profondeur de la partie renflée du gorgeret et se meut dans toute la longueur de cette base de l'aiguillon. C'est un véritable piston, dont le stylet est la tige et le gorgeret le corps de pompe. Ce piston a la forme d'une épaulette dont les filets chitineux sont réunis en une membrane qui se développe sous la pression du liquide, quand le piston descend, et se rabat ensuite quand il remonte, pour laisser passer le liquide situé au-dessus de lui ;

« 3° Les deux stylets de l'aiguillon se meuvent, tantôt simultanément, tantôt alternativement; mais, dans les deux cas, chaque coup de piston lance une goutte du venin dans la plaie, en même temps qu'il produit à la base du gorgeret un nouvel afflux de liquide ;

« 4° L'appareil d'inoculation du venin, chez les mellifères, est à la fois un aspirateur et un injecteur; sa forme est celle d'une seringue à canule perforante qui, munie de deux pistons à parachute, lance par la canule le liquide qu'elle aspire par la base du récipient. »

COURRIER

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. Jean-Baptiste Jacquinet, médecin à Chalantre-la-Grande (Seine-et-Marne), décédé le 22 juillet dernier dans sa quatre-vingt-sixième année.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

Du traitement rationnel de la période aiguë du choléra asiatique et de ses résultats dans les épidémies

(1° de Damas en 1875; 2° de l'Inde française en 1876; 3° de la Cochinchine en 1882),

Par le docteur M. Desprez,

Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Saint-Quentin,
Médecin des épidémies et du Conseil d'hygiène et de salubrit publique pour l'arrondissement de Saint-Quentin,
Président de la Société médicale de l'Aisne, etc.

En 1867, au moment où le choléra existait en France, et où j'avais eu l'occasion récente d'en traiter quelques cas fort graves, arrivés à la période algide et cyanique, j'ai cru devoir présenter au Congrès médical de Paris l'ensemble du traitement qui m'avait si bien réussi, et, tout naturellement, j'ai dû expliquer dans ce travail le motif du choix des médicaments qui me paraissaient le mieux convenir, et en même temps la raison de la dose qui semblait la meilleure.

Entendu par un auditoire d'élite venu de tous les coins du globe, imprimé dans le compte rendu général du Congrès médical de Paris, j'espérais que ce travail, s'il n'était pas le résultat de quelques illusions thérapeutiques, aurait un jour ou l'autre à subir les honneurs d'une épreuve au milieu d'une épidémie qui ne pourrait être l'objet d'un doute pour personne.

Cette pensée devait se réaliser.

Aujourd'hui, en présence du développement de l'épidémie de choléra qui vient de se déclarer à Toulon et à Marseille, et du caractère contagieux qu'on lui a reconnu, je n'hésite pas à développer, dans un autre et très court mémoire, ce que j'ai acquis de connaissances à ce sujet et le contingent d'expériences indépendantes faites par de généreux et loyaux collaborateurs :

1° En Syrie, épidémie de Damas, 1875, docteur Cossini;

2° Dans l'Inde française en 1876, docteur Ch. Follet, médecin en chef de la marine, aujourd'hui en retraite à Rochefort-sur-Mer;

3° En Cochinchine en 1882, docteur Chastang, médecin en chef de la marine à Saïgon.

Quand on aura lu l'exposé des expériences et des résultats acquis dans les conditions les plus graves, on pourra être édifié sur ce qui se passera en France, et même dans les autres pays européens, si l'on veut bien accepter un traitement qui a fait si largement ses preuves.

Beaucoup de médecins, excepté les jeunes confrères, ont eu la triste occasion d'étudier d'après nature tous les symptômes du choléra asiatique ou du sporadique grave : vomissements, selles riziformes nombreuses, souvent involontaires; crampes violentes, douloureuses; stase du sang épaissi dans les capillaires par suite de déperditions séreuses abondantes; congestion des principaux organes, puis enfin la mort. Il n'y a donc pas lieu d'insister et de détailler une description bien connue de tout le monde. Mais s'il est indispensable de bien apprécier les symptômes ordinaires et la terminaison habituelle, il est aussi important de savoir comment se fait la guérison spontanée, quel est le procédé que la nature emploie pour enrayer les accidents.

Il arrive quelquefois, et même assez souvent, *vers la fin des épidémies,*

qu'un certain nombre de cholériques, sans traitement aucun, rien qu'à l'aide de la plus simple hygiène, échappent à la terminaison habituelle du choléra; c'est à l'aide de ce qu'on appelle la réaction.

Alors, au refroidissement général succède le retour de la chaleur; il s'établit une *transpiration abondante et prolongée pendant laquelle cessent les accidents intestinaux;* les vomissements et la diarrhée caractéristiques disparaissent et le malade guérit, si toutefois il ne succombe pas à la congestion du cerveau ou de la poitrine. Ce dernier accident enlève un certain nombre de malades en voie de guérison. Nous verrons tout à l'heure quelles conséquences il nous paraît indiqué de tirer de cette marche spontanée.

On peut déjà affirmer en principe que toute médication principale ou accessoire doit avoir pour but :

1° De calmer les spasmes si douloureux de l'estomac qui rendent cet organe réfractaire aux médicaments ou boissons ingérés;

2° De stimuler activement les fonctions de la peau qui sont si étroitement liées à celles du tube digestif;

3° D'introduire dans l'économie, dès que l'absorption est rendue possible, des principes capables de refaire, autant qu'il se peut, la composition normale du sang, des médicaments destinés à le fluidifier, à le rendre accessible à la circulation capillaire et à l'hématose. Cette indication est prescrite d'une manière absolue par l'état poisseux, comme gélatineux, du sang, amplement démontré par les saignées, les autopsies, etc.

Dans tout choléra qui se confirme, vous trouvez des symptômes constants : vomissements, diarrhée riziforme, crampes, refroidissement, pas un ne manque à l'appel. Il y a dans cette affection une entité morbide que tout le monde reconnaît, même le vulgaire; pas un médecin ne s'y trompe; seulement les accidents sont plus ou moins rapides, plus ou moins violents. Qu'on ait devant soi un homme robuste ou un être chétif, l'état maladif est à peu près le même : même affaissement, même inertie; mais les suites varient.

Les signes précurseurs ont pu être bien différents : l'un a traîné une diarrhée dont il n'a pas su se défaire ; l'autre est pris, rarement il est vrai, au milieu de la santé la plus florissante ; un troisième, débilité par une longue maladie antérieure, se voit atteint de la plus terrible complication, celle qui vient en temps d'épidémie. Mais il reste constant qu'à un moment donné, un traitement à peu près identique, variable seulement pour la dose, selon l'intensité des accidents, la tolérance, l'âge, les habitudes, etc., etc , est formellement indiqué dans cette période presque décisive du choléra.

Je ne parle pas ici de cette époque prodromique où l'ipéca pris dans *très peu d'eau*, où un purgatif salin peuvent suffire pour faire disparaître rapidement tout symptôme de la maladie.

Mais quand arrive cette période confirmée où le doute n'est plus possible, il faut agir vigoureusement, sous peine de courir le danger de voir bien vite disparaître le malade. Quand le froid envahit toute la surface du corps, quand vous voyez des vomissements incessants, accompagnés de crampes, il est temps d'employer toutes les ressources de l'arsenal thérapeutique, internes et externes, que la science peut actuellement nous donner.

Dans quelques cas très graves, arrivés à la période algide et cyanique, que j'ai eu l'occasion de traiter, voici quelle est la formule à laquelle je me suis arrêté :

Chloroforme........	1	gramme
Alcool..........	8	—
Acétate d'ammoniaque........	10	—
Eau..........	110	—
Sirop de chlorhydrate de morphine..........	40	—

Mêlez. — A prendre une grande cuillerée toutes les demi-heures.

Je vais essayer d'en démontrer l'action et la dose.

1° Chloroforme.

Le chloroforme, réparti d'une façon égale, au moyen de l'alcool, dans la masse du liquide, est un agent véritablement tout spécial ; il fait classe à part. Disséminé dans le liquide ingéré dans l'estomac, et donné à une dose modérée (1 gramme pour 168 de véhicule), il produit une sensation de fraîcheur et, en même temps, de force incomparables.

Les spasmes, les contractions de l'estomac cèdent comme par enchantement ; les liquides introduits prudemment et en très petite quantité, ne sont plus ou ne sont que très rarement rendus. Le chloroforme prépare, sans aucun doute pour moi, l'estomac au retour de ses fonctions d'absorption, suspendues par l'invasion de la maladie cholérique.

A dose très modérée (1), il agit évidemment d'abord sur toute la surface de la muqueuse stomacale : en effet, ce médicament, ingéré à l'état liquide, ne tarde pas à se vaporiser ; il rencontre, à son arrivée dans l'estomac, une température (celle du corps) plus élevée que celle où il se trouvait dans la potion ; il se volatilise, et ses vapeurs gazeuses sont certainement absorbées. Je pense que c'est surtout à cette propriété qu'est due l'action si remarquable du chloroforme dans le choléra. Il me paraît presque impossible de constater le fait en analysant l'air expiré par les cholériques ; ce problème serait fort difficile à résoudre ; mais le résultat est là : la diminution rapide des spasmes et la cessation des vomissements indiquent que les vapeurs ont déterminé *une modification* excellente de l'appareil digestif.

L'état gazeux du chloroforme ingéré fait qu'après avoir déterminé des changements favorables dans l'organisme, le médicament ne risque pas de s'accumuler en trop grande quantité et de devenir un moyen dangereux. Il est démontré que l'hydrogène sulfuré, poison violent quand il existe en certaine quantité dans l'atmosphère, peut jusqu'à un certain point être impunément introduit dans les veines, parce qu'il s'échappe presque tout entier par l'exhalation pulmonaire (Cl. Bernard). L'acide carbonique se trouve dans le même cas, et le chloroforme est évidemment soumis à la même loi.

C'est ainsi qu'après avoir produit une action véritablement anesthésique sur l'estomac, au moyen du chloroforme, on peut maintenir ce résultat en donnant une dose modérée de médicament à des intervalles réguliers et suffisamment espacés, jusqu'à ce qu'il soit indiqué d'en cesser l'usage, puisqu'il est démontré qu'il peut s'éliminer rapidement par l'exhalation pulmonaire.

Je n'exposerais que d'une façon insuffisante les propriétés admirables du chloroforme, si je n'ajoutais à ce que je viens de dire : 1° le chloroforme à dose infinitésimale suspend toute fermentation et la vie des micro-organismes (2) : le bacille-virgule du docteur Koch ne doit pas faire exception à cette loi du chloroforme ; 2° les innombrables terminaisons nerveuses, soit dans les épithéliums des muqueuses, soit dans les muscles striés, si bien décrites par M. le professeur Ranvier (3), donnent l'explication du chloroforme, très dilué et à petite dose, agissant à l'état de vapeur anesthésique sur cette surface éminemment nerveuse de l'estomac.

(1) Un gramme de chloroforme représente de 50 à 80 gouttes variables suivant le compte-gouttes employé. — Une solution titrée alcoolique est plus commode pour bien mesurer la dose.

(2) A. Müntz : *Les ferments chimiques et physiologiques*. — Académie des sciences de Paris, 17 mai 1875.

(3) Ranvier. Paris 1876-1878.

Il y a là une action considérable du chloroforme agissant par voie réflexe sur l'appareil digestif et sur tous les vaso-moteurs, dont l'action est profondément modifiée sous l'influence du poison cholérique.

2° Alcool.

L'alcool à la dose de 8 *grammes*, dissout parfaitement 1 gramme de chloroforme. — A cette dose de 8 grammes ajoutés à 160 de véhicule, il est fort inoffensif ; en outre, quand il est de bonne qualité, il possède le *privilège de n'avoir pas de goût particulier très prononcé*, comme le rhum, la chartreuse, etc. A ce titre, je le préfère aux liqueurs que je viens de citer et qui ne conviennent pas à tous les estomacs. Je suis convaincu que cette différence *peut suffire* parfois pour faire échouer le traitement qui aurait peut-être réussi avec l'emploi de l'alcool. Cette remarque, qui paraîtra exagérée à quelques personnes, se justifie pour moi par la nécessité de ne léser en rien la *susceptibilité* d'un organe aussi impressionnable que l'estomac, surtout dans la maladie cholérique.

Si l'on manquait d'alcool pur, on pourrait, pour remplacer les 8 grammes d'alcool *nécessaires* pour dissoudre le chloroforme, les remplacer par 15 *à* 20 *grammes* de bonne eau-de-vie.

3° Acétate d'ammoniaque.

Quelque vigoureuse et bienfaisante que soit l'action du chloroforme et de l'alcool employé pour le dissoudre, le chloroforme ne suffit pas, à beaucoup près, à remplir toutes les indications thérapeutiques ; il faut donc lui adjoindre un ou plusieurs médicaments agissant dans la même direction ; ceux-ci doivent, en plus, satisfaire à toutes les indications suivantes :

Activer la circulation capillaire;

Diminuer la plasticité du sang;

Rétablir les fonctions de la peau, et, en même temps, calmer les douleurs qui, sous différentes formes, tourmentent les malades.

Les meilleurs stimulants diffusibles et diaphorétiques sont, sans contredit, les ammoniacaux et les opiacés; combinés ensemble, ils constituent des agents sudorifiques d'une puissance incontestable, que je n'ai presque jamais invoqués en vain. Parmi les préparations ammoniacales, j'ai choisi l'acétate (esprit de Mindererus). Ce sel agit comme l'ammoniaque, mais à dose beaucoup plus considérable. C'est un des agents diaphorétiques les plus employés; il produit une excitation générale très rapide sur la peau. Ajouté à l'opium, il augmente puissamment l'action sudorifique de ce dernier ; je l'ai toujours vu neutraliser le narcotisme produit par les opiacés.

En général, il est bien supporté par la muqueuse digestive; c'est un des motifs qui m'ont déterminé à le préférer au chlorhydrate ou au carbonate. Passé dans le torrent de la circulation, il diminue la plasticité du sang sans dissoudre les globules.

On pourrait certainement employer, mais à plus faible dose, le chlorhydrate d'ammoniaque, dont l'action dissolvante est parfaitement établie par les belles expériences de Mitscherlich sur les lapins. Diaphorétique puissant, antinarcotique efficace, dissolvant de la plasticité du sang, ce médicament est certainement un des mieux indiqués dans le traitement du choléra.

(*A suivre.*)

L'épidémie cholérique de 1884.

Actuellement, les foyers cholériques sont au nombre de quatre dans le midi de la France : Toulon ; Marseille, où l'épidémie est en décroissance ; Gigean, près de Montpellier, et Vogué, dans l'Ardèche.

A *Toulon*, du 8 au 9, il y a eu 3 décès; du 9 au 10, 4 décès. Dans les environs, 1 décès à Puget-Ville et 1 autre au Beausset.

A *Marseille*, on a enregistré, du 7 au 8, 15 décès cholériques, dont 8 dans la banlieue, et, du 8 au 9, 14 décès. En même temps, on constatait, le 8 août, 6 décès cholériques sur une mortalité totale de 9 personnes à *Arles*; 5 décès, du 7 au 8, et 2 décès, du 8 au 9, à *Aix*; 3 décès, du 7 au 8, à *Avignon*, à l'asile de Mondevergues, et 2 cas à l'hôpital civil; ces deux derniers sont des fugitifs de Marseille.

Aux environs de *Montpellier*, l'épidémie sévit toujours avec violence à Gigean, où on comptait, du 8 au 9, 14 décès et 36 malades; du 9 au 10, 10 décès et 43 malades. Deux villages voisins : Poussan, situé à quatre kilomètres, et Coursonteral, distant de huit kilomètres et peuplé de 1700 habitants, ont été atteints, et le 8 août on y a enregistré 2 décès. Il en est de même de Lunel, où il y a eu, le 8, 3 cas et 1 décès; le 9, 1 décès; enfin, de Rivesaltes, où à cette même date la mortalité a été de 3 décès cholériques.

Dans l'*Ardèche*, on signale toujours des cas et des décès à Ruoms, Lavilledieu, Aubignas et Lussos. A Vogué, la mortalité et la morbidité ne diminuent pas : le 7 août, il y avait 30 malades en traitement et 5 décès dans cette petite localité, où depuis l'invasion on compte 33 décès cholériques.

En ITALIE, du 6 au 8 août, les bulletins officiels du gouvernement signalent toujours des décès ou des cas cholériques dans le Piémont : à Poncalieri, 5 décès; Osasio, 4 décès; Carignano, 2 décès et 2 cas, Varignano, 4 décès; Vignaroli, 3 décès; Seborgnia, 1 décès; dans le district de Sermazza (province de Massa), 2 décès; dans celui de Cairo-Montenotte : à Pignaroli, 2 décès, et, à Bellini, 2 cas. Par contre, un seul cas est mentionné dans la province d'Alexandrie. — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 août 1884. — Présidence de M. Marc SÉE.

SOMMAIRE : Présentation de malade : Hématocèle de la tunique vaginale; castration, guérison; discussion.

M. POLAILLON présente un malade et communique une observation d'hématocèle de la tunique vaginale pour laquelle il a dû pratiquer la castration, opération qui a été suivie d'une guérison complète.

Il s'agit d'un homme de 57 ans, exerçant la profession de vitrier, qui reçut il y a deux ans, un coup violent sur la région du scrotum du côté gauche. Il y eut tuméfaction et douleur assez violente du scrotum. Au bout de quinze jours la douleur cessa, mais la tumeur augmenta de volume graduellement, si bien qu'au bout de deux ans elle avait acquis le volume des deux poings. Il y a quelque temps une nouvelle augmentation de volume s'est faite subitement dans la tumeur, qui a atteint les dimensions d'une tête d'adulte.

Au moment où M. Polaillon vit le malade pour la première fois, le diagnostic était assez difficile. Le scrotum était rouge, lisse, sillonné par des veines énormes; à la palpation il était impossible de sentir le testicule perdu dans la masse de la tumeur. Celle-ci n'était pas le siège de douleurs lancinantes, mais le malade avait le teint jaune de la cachexie.

Tout en faisant des réserves et admettant la possibilité d'un hydro-sarcocèle, M. Polaillon pratiqua une ponction exploratrice qui éclaira le diagnostic. En effet cette ponction donna issue à un liquide de couleur chocolat mélangé avec des grumeaux de matière fibrineuse.

La ponction ayant donné lieu à des phénomènes fébriles, M. Polaillon, craignant la septicémie, prit le parti de pratiquer la castration. Après avoir chloroformisé le malade, il fit l'incision scrotale au thermo-cautère; les veines très volumineuses qui sillonnaient le scrotum donnèrent une quantité considérable de sang. L'ouverture de la tunique vaginale fut suivie de l'écoulement d'une grande quantité de liquide sanguin mélangé à des grumeaux de fibrine teintée de rouge.

A l'intérieur de la tunique vaginale et à sa partie supéro-interne existait une épaisseur considérable de fausses membranes enserrant le testicule. Le cordon testiculaire avait le volume d'un intestin grêle et il était parcouru par des vaisseaux énormes que l'on sentait battre sous les doigts.

M. Polaillon hésita un instant entre la décortication et la castration. Mais il fallait terminer l'opération au plus vite et il était difficile de faire la décortication sans léser le testicule à cause de l'épaisseur des membranes qui l'entouraient. M. Polaillon se décida en conséquence pour la castration, qu'il pratiqua après ligature préalable du cordon. Trois grosses artères qui battaient à la surface du cordon furent liées avec des fils de catgut ; le scrotum fut ensuite suturé jusqu'au niveau de la ligature du cordon, et un gros tube de caoutchouc fut laissé dans la plaie.

Le soir, il y eut une élévation de la température causée sans doute par une rétention d'urine, car elle tomba après le cathétérisme à 37,2 pour ne plus se relever.

Le 15 juin, la réunion primitive était obtenue dans presque toute l'étendue de la plaie ; le 16, la plupart des sutures étaient enlevées ; le 20, il n'existait plus que quelques points de suppuration sur le trajet de la cicatrice et tous les points de suture étaient enlevés ; le 22 juin le malade se levait et se promenait au jardin ; enfin, le 16 juillet, il quittait l'hôpital complètement guéri.

M. Bouilly rappelle qu'il a publié, il y a trois ans, dans la *Gazette médicale*, la relation d'un cas analogue à celui de M. Polaillon. Il s'agit d'un homme de 63 ans qui portait également une énorme tumeur du scrotum. Une ponction, pratiquée dans cette tumeur, provoqua des phénomènes inflammatoires suivis d'un état général grave d'autant plus inquiétant que le malade était cardiaque, emphysémateux et alcoolique. Redoutant des accidents, M. Bouilly enleva sur cette tumeur, à l'aide de l'écraseur linéaire, une tranche de melon qui n'occasionna pas de perte de sang considérable.

Par cette large brèche, il s'écoula une masse de liquide séro-sanguinolent mêlé à des flocons fibrineux. Il y eut, à la suite, chute immédiate des accidents ; la plaie se réunit par bourgeonnement, et, au bout d'un mois, la guérison était complète.

M. Marchand a eu l'occasion de traiter un certain nombre de ces tumeurs qui sont, suivant lui, des hydro-hématocèles, c'est-à-dire des hématocèles succédant à des hydrocèles. Il n'a pas fait une opération aussi radicale que celle de M. Polaillon ; il a simplement pratiqué le drainage, qui lui a donné d'excellents résultats et amené la guérison de tumeurs très volumineuses. Dans un cas où, à la suite d'une ponction pratiquée en ville, il était resté une fistule par laquelle s'écoulait un liquide fétide, M. Marchand, craignant des accidents graves de septicémie, fit une large ouverture à la tumeur et, finalement, pratiqua la castration.

Il y a douze ans, se trouvant dans son pays, M. Marchand fut consulté par un paysan qui avait une hydro-hématocèle très volumineuse. Il pratiqua une ponction qui donna issue à un liquide de couleur chocolat ; une injection fut faite à la suite de laquelle se déclarèrent des symptômes d'inflammation. Obligé de retourner à Paris, M. Marchand conseilla au malade de faire venir un médecin d'une localité voisine. Mais le malade préféra se soigner lui-même, ce qui ne l'empêcha pas d'obtenir une guérison complète.

En résumé, dans les hydro-hématocèles, M. Marchand préfère à la castration et à la décortication le drainage et les injections antiseptiques, après lesquels il faut savoir attendre la guérison.

M. Berger dit que la méthode dont a parlé M. Bouilly, qui consiste à enlever sur la tumeur scrotale une tranche de melon et à laisser suppurer le reste, appartient à Maisonneuve. Cette méthode a, d'ailleurs, été abandonnée à cause de ses mauvais résultats.

Quant au drainage et à la décortication proposés pour le traitement des hématocèles ou hydro-hématocèles, M. Berger pense qu'il est préférable de pratiquer la castration, opération à laquelle on est d'ailleurs le plus souvent amené à la suite de vaines tentatives. Il a eu l'occasion de pratiquer une castration pour un sarcome du testicule pris, au début, pour une hématocèle et, depuis cinq ans que le malade a été opéré, il n'y a pas eu de récidive.

Dans un autre cas où le début lent et chronique, où la dureté extrême de la tumeur, sans nulle apparence d'épanchement liquide, avait fait penser à un sarcome, l'incision donna issue à du sang mélangé avec des dépôts fibrineux ; le testicule recouvert de fausses membranes épaisses fut enlevé et, en l'examinant, M. Berger se convainquit que la décortication eût été rendue impossible par les adhérences.

Chose singulière ! le malade, homme de 57 ans, écrivit au bout de quelque temps à M. Berger une lettre dans laquelle il le remerciait de lui avoir fait cette opération qui lui avait rendu sa virilité.

M. Desprès a essayé la décortication dans les hydro-hématocèles sans en obtenir de bons résultats. Il a eu plus de succès dans un cas avec le simple drainage. Le malade a

parfaitement guéri en gardant son testicule. Dans un autre cas, ayant pratiqué la ponction pour soulager un malade qui accusait de vives souffrances, il a vu sortir par la canule du trocart le liquide chocolat le plus pur; il n'y a pas eu à la suite ombre de réaction inflammatoire. Le malade s'est pansé cependant avec de simples cataplasmes. Chez un malade dont l'hématocèle avait été très difficile à diagnostiquer, M. Desprès a obtenu la guérison après deux ponctions suivies chaque fois d'une injection iodée.

M. Lucas-Championnière ne croit pas, contrairement à l'opinion de M. Marchand, que les hématocèles ne soient que des hydro-hématocèles. Il a eu récemment l'occasion d'observer un malade chez lequel l'incision a donné issue à une masse énorme de caillots sanguins sans le moindre épanchement liquide.

M. Lucas-Championnière pense que la castration entraîne moins d'accidents que la décortication et le drainage. Il n'y a d'ailleurs aucune raison de conserver un organe devenu inutile par les altérations qu'il a subies. Dans la plupart des cas, il est très difficile sinon impossible de pratiquer la décortication. Sans doute on peut d'emblée recourir au drainage, mais il y a grand avantage à faire la castration ; les malades guérissent plus vite. Il est très difficile de protéger les malades traités par le drainage contre la septicité vers la fin de la suppuration.

M. Reclus a soigné cinq malades atteints d'hématocèle dont deux sans gravité ont guéri très facilement par l'incision. Dans les trois autres cas il a pratiqué la castration. En examinant les testicules de ses amputés, il a acquis la conviction que la décortication n'aurait pas eu de raison d'être. Le testicule était couvert de fausses membranes plus épaisses encore au niveau de l'épididyme que dans le reste de l'organe, dont le tissu était comme étouffé sous l'étreinte des néo-membranes. Il semble à M. Reclus que la castration et l'incision sont de beaucoup moins redoutables que la décortication, laquelle doit suivant lui, être complètement mise de côté. L'incision permet, d'ailleurs, le drainage et le lavage de la poche. Ainsi, d'un côté, emploi de l'incision et du drainage, de l'autre la castration quand il est impossible de conserver un organe devenu inutile ; telles sont les deux méthodes qui paraissent à M. Reclus mériter la préférence des chirurgiens, parce que la guérison des malades s'obtient ainsi plus facilement.

M. Tillaux croit pouvoir donner la raison qui fait que la ponction est dangereuse dans certains cas d'hématocèle et pas dans d'autres. Lorsque les parois de la poche sont assez épaisses pour ne pas revenir sur elles-mêmes, la ponction est dangereuse parce qu'elle expose à la septicémie; il n'en est pas de même lorsque les parois sont minces et peuvent facilement se rétracter ; la ponction n'est donc pas suivie d'accident.

Quant à la décortication, dont il vient d'être parlé très défavorablement, M. Tillaux croit savoir que M. Gosselin lui-même, l'auteur de la méthode, y a renoncé ou à peu près. Cependant il est des cas où elle peut avoir son indication, lorsque, par exemple, après l'incision et l'évacuation de la poche, on trouve des fausses membranes que l'on peut facilement saisir et décoller avec une pince. Mais, en général, la castration est préférable à la décortication.

M. Marchand fait remarquer qu'il y a des tumeurs confondues sous le nom d'hydro-hématocèles, qui sont constituées par une vaginalite chronique à forme plastique. Ce processus plastique finit par amener le rétrécissement de plus en plus marqué de la tunique vaginale. Dans ces tumeurs-là il n'y a pas de liquide, ou bien il existe un liquide sanguin fourni par les vaisseaux de nouvelle formation qui rampent sur les néo-membranes. Ce sont des hydro-hématocèles anciennes ayant amené l'altération des parois de la vaginale et des hémorrhagies consécutives à cette altération.

M. Desprès rappelle que Saviart a le premier ouvert les hématocèles dont il a évacué le contenu et gratté les parois; mais ce n'est point là ce qu'on peut appeler une décortication à la façon dont M. Gosselin a proposé de la pratiquer et qui est souvent impraticable, ce qui explique pourquoi son auteur lui-même a fini par l'abandonner.

M. Reclus voudrait que l'on donnât résolument aux hématocèles le nom de vaginalite chronique, car ce sont le plus ordinairement les parois de la vaginale altérées par l'inflammation qui sont le point de départ des lésions observées dans l'hématocèle, des épanchements sanguins ou séreux qu'on y constate, ainsi que des altérations du testicule encastré parfois dans une masse énorme de tissu fibreux de nouvelle formation.

M. Marc Sée pense qu'il y aurait lieu de substituer à l'incision antérieure que l'on pratique généralement dans les opérations qui ont le scrotum pour siège, une incision oblique très courte partant de l'orifice inférieur du canal inguinal et dirigée latérale-

ment. On aurait ainsi une ouverture déclive dans toutes les positions données aux bourses et qui serait de peu d'étendue.

M. Polaillon fait remarquer qu'il s'est établi dans la discussion une confusion entre la poche contenant le sang et la poche formée par la tunique vaginale épaissie. Il ne faut pas, suivant lui, appeler vaginalite une hématocèle caractérisée seulement par la présence dans la cavité vaginale d'une sérosité teintée de sang et de caillots sanguins. Dans ce cas, le drainage avec ponction peut réussir, car il n'y a là qu'une hématocèle sans épaississement de la tunique vaginale. Mais il existe une autre variété d'hématocèle constituée par une tumeur volumineuse avec épaississement considérable des parois de la vaginale dans la cavité de laquelle on trouve du sang liquide et des caillots. La tumeur que portait le malade de M. Polaillon appartenait à cette seconde variété. Ce n'était pas une simple distension des parois de la tunique par de la sérosité et du sang, c'était une tumeur produite dans le principe par une vaginite d'origine traumatique avec épanchement de sang et épaississement de la tunique. Sous l'influence d'un nouveau traumatisme, il s'était produit un épanchement de sang considérable avec caillots, de telle sorte que deux ans après le premier accident, la tumeur avait acquis un volume énorme avec un épaississement de 3 centimètres des parois de la tunique.

Dans ce cas, le drainage n'eût pas été applicable; on aurait ouvert une poche dont les parois n'auraient pas pu se rapprocher. Il se serait produit une infection putride probablement mortelle ou, dans le cas le plus heureux, une guérison extrêmement lente après six mois de soins minutieux, de lavages désinfectants, au milieu de menaces continuelles d'inflammation et de septicémie. Il n'y avait donc qu'un parti à prendre, c'était d'ouvrir largement la tumeur, soit avec le thermo-cautère, soit avec l'écraseur linéaire. C'est ce que M. Polaillon a fait.

D'ailleurs, la décortication n'eût pas été possible, le testicule étant enserré par une couche épaisse de fausses membranes. Il ne restait donc que la castration, d'autant mieux que le malade étant âgé de 57 ans, il n'y avait pas d'intérêt très grand à lui conserver son testicule. Lorsqu'il s'agit d'un jeune homme, on peut tenter la décortication, à la condition que les fausses membranes soient peu épaisses et faciles à enlever.

En résumé, M. Polaillon est d'avis que la castration est plus inoffensive que le drainage et la décortication. Elle était indiquée dans le cas dont il s'agit, et le succès a couronné cette opération. La guérison a été très rapide; la plaie s'est réunie par première intention, excepté seulement au niveau du cordon où existait un cul-de-sac qui a suppuré pendant trois semaines sans donner d'ailleurs aucune inquiétude. — A. T.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 août 1884. — Présidence de M. Dugué.

Sommaire. — *De la virulence tuberculeuse de certains épanchements de la plèvre et du péritoine. — Traitement de la névralgie sciatique par la congélation. — La diminution de l'urée considérée comme signe diagnostique du cancer. — Gangrène par oblitération vasculaire au cours des néphrites.*

M. Gombault communique une *Etude expérimentale sur la virulence tuberculeuse de certains épanchements de la plèvre et du péritoine*, travail entrepris en commun avec M. Chauffard : cette communication n'est qu'un aperçu d'un mémoire plus étendu qui paraîtra plus tard et où seront résolues plus complètement les questions que nous nous contentons d'indiquer aujourd'hui. Le but prochain que nous nous sommes proposé d'atteindre était de savoir si dans le liquide provenant d'épanchements pleuraux ou péritonéaux, chez des individus plus ou moins suspects de tuberculose, nous pourrions déceler la présence du bacille de Koch, dont la constatation ne serait pas sans offrir un intérêt considérable au point de vue du diagnostic et du pronostic. Les recherches nombreuses qui ont été faites jusqu'ici dans cette voie n'avaient jamais abouti à une démonstration nette de la présence du bacille. Nous n'avons pas été plus heureux que nos prédécesseurs, et nous n'avons pu constater l'existence du bacille dans aucun des liquides soumis à nos recherches. C'est alors que M. Chauffard a eu l'idée d'inoculer à des cobayes le liquide extrait par une ponction de la plèvre ou du péritoine des sujets tuberculeux. Nous avons préféré aux cultures toujours difficiles à réaliser, ce mode d'expérimentation qui devait nous conduire au même résultat, sans nous obliger aux soins compliqués et délicats que nécessitent les cultures, notre but étant uniquement de mettre en évidence l'agent de la virulence.

23 inoculations ont été pratiquées ainsi sur des cochons d'Inde avec 21 liquides de provenances diverses, mais pris toujours sur le vivant. La quantité de liquide injectée à l'aide d'une seringue de Pravaz dans la cavité péritonéale d'un cobaye était considérable (3 grammes environ). Les animaux survivaient en général à l'inoculation et étaient sacrifiés trois ou quatre mois après. Sur ces 23 expériences, dont la première en date est du 9 janvier, nous comptons 9 résultats négatifs, c'est-à-dire que 9 fois nous n'avons trouvé à l'autopsie aucune trace de tuberculose, et 10 cas positifs dans lesquels la tuberculose macroscopique généralisée était manifeste en même temps que le bacille a toujours été rencontré, plus particulièrement dans les ganglions. Nous avons donc produit la tuberculose en injectant des liquides pris chez des tuberculeux. Nous pensons que la virulence était inhérente aux liquides; avec toutes les précautions dont nous nous sommes entourés, il nous semble peu probable que les liquides qui nous ont servi dans nos inoculations soient devenus tuberculeux accidentellement. Il n'est pas douteux que les liquides contenaient en plus ou moins grand nombre le bacille tuberculeux, sans que nous l'ayons pu découvrir, soit à cause de sa rareté même, soit en raison de l'insuffisance de nos moyens d'investigation. Nous n'avons pas non plus de renseignements bien précis au point de vue du degré de la virulence; le liquide d'un même malade injecté en quantités égales à 3 cobayes a donné 2 cas de tuberculose confirmée et 1 résultat négatif. Nous ne pouvons pas dire davantage actuellement la dose efficace, la quantité minimum qu'il faut inoculer pour que la transmission ait lieu; nous avons toujours injecté des quantités assez considérables de liquide. Ce point spécial sera l'objet de recherches ultérieures. Nous nous proposons aussi d'appliquer le même mode d'inoculation aux autres séreuses viscérales ou articulaires. Nous pensons que ces procédés d'expérimentation, outre l'intérêt spéculatif qui s'attache à la question, pourront présenter dans certains cas, au point de vue du diagnostic de la tuberculose, des avantages incontestables.

M. Déjerine dit que dans certaines formes d'épanchements purulents on a pu déceler le bacille Dans le liquide provenant d'un empyème opéré dans le service de M. Vulpian l'année dernière, M. Déjerine a trouvé des bacilles en ayant soin de ne recueillir que les parties inférieures du liquide.

M. Gombault : Le bacille a été constaté dans des liquides purulents, mais jamais dans des épanchements fibrineux comme ceux sur lesquels ont porté nos expériences.

M. Debove a obtenu des résultats que l'on peut qualifier de merveilleux, en traitant par la congélation des névralgies sciatiques. Les modes de traitement si nombreux auxquels on a recours pour cette maladie, sont bien souvent insuffisants; en effet, le cas n'est pas rare de sciatiques rebelles qui ont été soumises sans succès à toute la série des moyens thérapeutiques actuellement usités. Par la médication révulsive, nous agissons sur un certain nombre de terminaisons sensitives; cette action est restreinte à cause même de la modération qu'on est forcé d'apporter dans l'application de procédés assez violents pour la plupart. La congélation, en raison de son mode d'emploi, doit agir théoriquement sur un nombre de terminaisons nerveuses bien plus considérable sans présenter les inconvénients de la cautérisation ponctuée ou de la vésication. Le liquide dont se sert M. Debove est le chlorure de méthyle, bouillant déjà à 22° au-dessous de zéro, dont la volatilisation produit par conséquent un froid considérable; le liquide est renfermé dans un siphon auquel est ajusté un simple tube de plomb qui permet de diriger sur un point localisé le jet de vapeur. Chez le premier malade auquel ce traitement a été appliqué, la sciatique disparut immédiatement après une simple pulvérisation le long du nerf malade. Avec la disparition totale de la douleur coïncidait le retour de tous les mouvements de la jambe. Ce premier succès fut confirmé par de nouvelles guérisons obtenues avec la même instantanéité. M. Debove présente deux malades : l'un, complètement guéri, est celui chez qui la médication a été instituée pour la première fois. Le second, après une première séance de pulvérisation, a eu une récidive survenue au bout de huit jours, mais ne rappelant que de loin les premiers accidents, puis une troisième rechute sans aucune gravité pour laquelle le malade demande instamment une nouvelle application du procédé que M. Debove pratique séance tenante. Cette médication n'est pas très douloureuse, et est de beaucoup préférée à la cautérisation ponctuée par les malades : on n'observe pas d'accidents, le maximum de révulsion auquel on puisse arriver est la vésication. M. Debove ajoute qu'avec l'éther on n'obtient aucun résultat analogue.

M. Robin : Au cours de la communication faite par M. Dujardin-Beaumetz, dans la dernière séance, sur les faux cancers de l'estomac, il a été question du signe tiré par M. Rommelaere de la diminution de l'urée, caractéristique, d'après lui, du cancer,

lorsque le chiffre en descend au-dessous de 10 grammes. M. Robin croit devoir insister encore sur les réserves faites par M. Dujardin-Beaumetz au sujet de ce moyen de diagnostic. Il résulte de faits nombreux recueillis par M. Robin que le cancer n'est pour rien dans la quantité d'urée éliminée; c'est l'alimentation seule qui règle la quantité. S'il est exact qu'un cancéreux élimine peu d'urée, cela tient avant tout à ce qu'il ingère une très petite quantité d'aliments, à ce que son estomac rejette la plus grande partie des ingesta. Lorsqu'un cancéreux, par suite d'une amélioration quelconque dans son état général, ingère une plus grande quantité d'aliments, l'augmentation de l'urée se fait parallèlement et peut atteindre le chiffre normal. Un malade traité pour des crises gastralgiques simples, chez qui l'analyse des urines révélait un chiffre de 26 gr. 85, est mort d'un cancer révélé seulement à l'autopsie. Un autre cancéreux, quelques mois avant sa mort, éliminait 24 gr. 77 d'urée par jour. Le cas de Jacob est encore plus concluant; il s'agit d'un cancéreux hépatique dont l'urée atteignait le chiffre de 40 gr. Le chiffre de 33 gr. 79 a été également relevé chez un cancéreux du service de M. Desnos.

D'autre part, un malade atteint d'une maladie non cancéreuse, d'ulcère de l'estomac, par exemple, mais qui subit un affaiblissement, une émaciation plus ou moins proportionnée à l'état local, pourra éliminer à un moment donné une quantité d'urée notablement moindre que le chiffre normal. Tel est le cas de deux malades observés par M. Robin, qui étaient atteints d'ulcère simple, et dont les quantités d'urée éliminées dans les vingt-quatre heures étaient 15 gr. 20 pour l'un, 6 à 8 gr. pour l'autre; quantités proportionnées, dit M. Robin, aux aliments ingérés, puisque le premier de ces malades prenait en moyenne deux litres de lait par jour, le second un seulement.

On peut encore rapprocher utilement de ces faits le cas, signalé par M. Dujardin-Beaumetz, d'une malade atteinte de kyste hydatique, chez qui le chiffre infime de 3 gr. d'urée avait déterminé le diagnostic du cancer. Enfin, s'il était vrai que le cancer eût une action spécifique sur la nutrition, il est probable que l'on trouverait dans l'urine des malades, au lieu d'urée, des produits de désassimilation plus ou moins incomplète; or, il n'en est rien.

M. Robin pense donc que ce signe doit être rayé définitivement du nombre des éléments de diagnostic du cancer, sous peine d'exposer à de cruels mécomptes le praticien qui croirait pouvoir y attacher trop de valeur.

M. Hanot présente des pièces provenant d'une gangrène par oblitération vasculaire au cours d'une néphrite. La malade dont il s'agit avait présenté au commencement de l'année les signes les moins douteux d'une néphrite interstitielle. Revenue au mois de juillet, elle fut prise, le 17, d'une douleur vive dans le mollet gauche. On sentait un cordon dur au niveau du creux poplité, siège de la thrombose; tout le membre inférieur se couvrit en même temps de marbrures brunes. Le 23 juillet, les os étaient à nu; au-dessus du genou un sillon d'élimination se creusait chaque jour davantage; le péroné se détache le premier, puis le tibia. Cette amputation spontanée s'accomplit en moins de dix jours. M. Hanot ne connaît pas dans la littérature d'exemple d'une oblitération artérielle aussi complète dans une néphrite; en général ce sont des artérioles seulement qui sont atteintes.

— La séance de rentrée de la Société est fixée au 10 octobre.

CORRESPONDANCE

Moret, le 23 juillet 1884.

Monsieur le rédacteur en chef,

J'ai été péniblement surpris en voyant M. le docteur Longuet, dans son article sur la diphthérie, sa prophylaxie et son traitement (*Union méd.*, 20 et 22 juillet), faire l'éloge d'un produit allemand, dont sans doute il ignore la véritable constitution, la *papaïotine*, plagiat tudesque inventé pour enlever leurs droits de priorité aux auteurs qui ont fait connaître la *papaïne*. Cinq ans se sont écoulés depuis cette découverte par MM. Wurtz et Bouchut, et, pendant ce temps, nous avons fait tous nos efforts pour faire accepter la papaïne dans la pratique médicale; aussi voyons-nous avec chagrin M. le docteur Longuet prôner le produit allemand, la papaïotine, qui n'est autre chose que notre papaïne, dont le nom seul a changé en passant la frontière.

Les essais cliniques d'un grand nombre de nos maîtres, autorités incontestables, ont été faits avec la papaïne, dont nous sommes jusqu'à présent les seuls vulgarisateurs.

Les médecins français, soucieux de leur art et de la propriété de leurs découvertes, seront, j'en suis certain, de notre avis et trouveront cette réclamation légitime.

Agréez, etc.

Emile PERRET,
Ancien préparateur de chimie
à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 1er au 7 août 1884. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : . 1080— Fièvre typhoïde, 44. — Variole, 1. — Rougeole, 19. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 11. — Diphthérie, croup, 16. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 7. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. aiguë), 54. — Phthisie pulmonaire, 167. — Autres tuberculoses, 13. — Autres affections générales, 82. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 43. — Bronchite aiguë, 9. — Pneumonie, 55. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 138 ; au sein et mixte, 62 ; inconnues, 14. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 87 ; circulatoire, 42 ; respiratoire, 57 ; digestif, 64 ; génito-urinaire, 25 ; de la peau et du tissu lamineux, 7 ; des os, articulat. et muscles, 8. — Morts violentes, 40 — Causes non classées, 6.

Le service de Statistique a compté, pendant la semaine actuelle, 1,080 décès au lieu de 993 qui lui avaient été signalés la semaine dernière.

En ce qui concerne les maladies épidémiques, la comparaison des chiffres des deux dernières semaines conduit aux conclusions suivantes :

La Fièvre typhoïde présente brusquement un accroissement considérable (44 décès au lieu de 22). Cette aggravation porte presque exclusivement sur les XVIIe, XVIIIe et XIXe arrondissements et sur le Xe arrondissement qui leur est contigu. (XVIIe arrondissement Batignolles, Monceau, 7 décès au lieu de 1 la semaine dernière. — XVIIIe arrondissement, Buttes-Montmartre, 5 décès au lieu de 2. — XIXe arrondissement, Buttes-Chaumont, 3 décès au lieu de 1. — Xe arrondissement, Enclos Saint-Laurent, 4 décès au lieu de 1.) Ajoutons qu'un foyer épidémique est remarqué dans la prison Saint-Lazare située dans ce quartier.

La Rougeole (19 décès au lieu de 16) continue à se montrer rare, excepté dans le quartier de la Gare (2 décès), où nous avons chaque semaine à constater sa présence.

Nous constatons la rareté actuelle de la Diphtérie (16 décès au lieu de 23) dont la fréquence diminue presque régulièrement depuis deux mois.

L'Érysipèle (7 décès au lieu de 3) est en recrudescence ; sa fréquence est d'ailleurs signalée par un médecin de Montmartre, qui en a rencontré 8 cas dans sa clientèle.

La Variole (1 décès au lieu de 0), la Scarlatine (2 décès au lieu de 4) et la Coqueluche (11 décès au lieu de 7) ne présentent que des variations sans importance ; ces maladies continuent à être rares.

L'Athrepsie ou gastro-entérite des jeunes enfants, se maintient au contraire à des chiffres extrêmement élevés (214 décès au lieu de 207) dont la température suffit à rendre compte. Plusieurs médecins se plaignent de la négligence et de l'ignorance des parents qui ne savent pas se servir de l'allaitement artificiel ou qui donnent des aliments solides à des enfants qui n'ont pas atteint l'âge de sept mois. Ces pratiques déplorables sont plus funestes dans cette saison qu'à aucune autre époque de l'année.

Le service de Statistique n'a reçu avis d'aucun décès de choléra. Nous devons mentionner pourtant l'individu mort le 1er août à l'hôpital Bichat. Le diagnostic porté par le chef de service est: « Diarrhée avec accidents cholériques. » Il s'agit d'un homme de 46 ans, marchand des quatre saisons, vivant à Clichy dans un logement des plus sales et épuisé par l'ivrognerie et la malpropreté. Ce malheureux a fini par succomber à une diarrhée qui ne peut, à aucun égard, être confondue avec le choléra asiatique.

Le service de Statistique a été informé de 338 mariages et de 1251 naissances d'enfants vivants (644 garçons et 617 filles) dont 921 légitimes et 330 illégitimes ; parmi ces derniers 64 ont été reconnus par un des parents ou par les deux.

Dr Jacques BERTILLON,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

COURRIER

ERRATA. — A l'article : *Maladie de Hogdson*, page 206, ligne 29, lisez : 7 *centimètres* et non pas 5, et page 207, ligne 45, lisez : *clangoreux* et non clangereux.

— M. Landouzy, agrégé, remplaçant M le professeur Hardy, à la Charité, fera les mardis et samedis, à 10 heures, des leçons cliniques.

Visite tous les jours à 9 heures : le jeudi, examen et interrogatoire des malades par les élèves. Première leçon clinique le mardi 26 août.

CONGRÈS MÉDICAL DE COPENHAGUE. — C'est avec satisfaction que nous apprenons la nomination de M. Semmola, le savant professeur de l'Université de Naples, au poste de DÉLÉGUÉ OFFICIEL du *gouvernement italien au Congrès.*

Nul mieux que M. Semmola, n'avait qualité pour représenter dignement la médecine italienne, car nul, parmi ses compatriotes, n'a su résister avec la même énergie à la contagion germanophile. De plus, M. Semmola, qui a conscience des traditions de la science italienne et veut lui conserver son originalité, a toujours rendu équitable justice aux savants et aux travaux français.

Il possède donc de légitimes sympathies en deçà des Alpes.

M. Semmola doit lire au Congrès de Copenhague les communications suivantes qui font honneur à son activité toujours féconde : 1° *De l'existence d'une fièvre nerveuse purement vaso-motrice ;* — 2° *De quelques formes cliniques propres aux altérations du système nerveux trophique et de leur traitement ;* — 3° *Du traitement de la phthisie pulmonaire par l'iodoforme et de son degré de curabilité ;* — 4° *De l'emploi de la glycérine comme médicament d'épargne dans le traitement des fièvres aiguës.* — C. L. D.

— Par décrets en date du 30 juillet 1884 :

M. Lannelongue, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de pathologie externe à la Faculté de médecine de Paris.

M. Armand Gautier, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de chimie médicale à la Faculté de médecine de Paris.

— Par décret en date du 30 juillet :

Dans les gares de chemin de fer, où le ministre du commerce jugera utile d'organiser un service de surveillance médicale, les médecins désignés par le préfet du département auront le droit d'obliger les voyageurs qui seraient reconnus malades à suspendre leur route ; ils pourront les faire transporter, pour leur donner leurs soins, dans des locaux spéciaux aménagés à cet effet en dehors mais à proximité des gares.

— En exécution du décret qui précède, le ministre du commerce a pris à la même date l'arrêté dont voici le texte :

Article premier. — Un service de surveillance médicale sera organisé dans les gares ci-après désignées :

Réseau Paris-Lyon-Méditerranée. — Cannes, Tarascon, Avignon, Valence, Lyon, Mâcon, Dijon, Nîmes, Montpellier, Clermont.

Réseau du Midi, — Cette, Narbonne, Toulouse, Montauban, Bordeaux, Tarbes.

Réseau d'Orléans. — Périgueux, Limoges.

Art. 2. — Les préfets désigneront les médecins qui seront chargés de ce service.

Art. 3. — Ces médecins seront tenus de se trouver dans les gares au passage des trains pouvant amener des voyageurs venant des localités contaminées.

Art. 4. — Il leur sera attribué, pour chaque vacation, une indemnité de dix francs imputable sur les fonds du service sanitaire.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

BULLETIN

Académie de médecine, 12 août. — Le choléra ne fait plus salle comble; absence du président, vingt-cinq membres dans la salle, voilà qui contraste avec l'affluence exagérée des dernières semaines. Sans M. Jules Guérin, la discussion serait close, si tant est qu'on puisse appeler discussion le colloque entre une assemblée entière et un seul membre dissident, à qui elle donne la réplique parce qu'il porte son âge avec intrépidité.

Les opinions de M. Jules Guérin sont agréables à l'Angleterre. On sait que les médecins qui opèrent en Egypte pour le compte de la Grande-Bretagne, ont écrit des volumes pour démontrer à l'Europe que l'épidémie dont le pays des Pharaons souffrait l'an dernier n'a aucune ressemblance avec le choléra. Parmi eux, Dutrieux-bey, oculiste d'Alexandrie, a découvert que le typhus bovin, endémique depuis vingt-deux ans dans la vallée du Nil, vient de s'attaquer à l'espèce humaine sous la forme d'une « affection choléroïde » qui a trompé les observateurs naïfs et les amateurs de quarantaines. L'Inde est pure comme l'enfant qui vient de naître, et les ballots anglais peuvent circuler librement.

M. Jules Guérin a beaucoup osé dans sa vie; jamais il n'a été jusque-là. Mais voici que Dutrieux-bey, pour démontrer que notre choléra est né sur place, débarque en France après les débuts de l'épidémie, prend des informations à l'hôpital Saint-Mandrier, dépouille plus de 1,500 feuilles de clinique entre huit et neuf heures du matin, y trouve la preuve irréfutable que depuis longtemps on avait la diarrhée à Marseille, et apporte ses documents (quoi de plus naturel?) au seul homme de France qui soit de son avis. Ne dites pas que M. Jules Guérin s'est adressé à Dutrieux-bey, cette allégation vous attirerait une verte réplique; c'est Dutrieux-bey qui est venu trouver M. Jules Guérin, et celui-ci n'a fait que son devoir en apportant à la tribune des faits recueillis avec tant d'impartialité.

Et cependant, nous ne pouvons reprocher à M. Cunéo, médecin de l'hôpital Saint-Mandrier, d'avoir mis tout un jour, avec plusieurs aides, pour consulter avec plus d'attention ses feuilles de clinique et dresser une statistique moins sommaire. Nous comprenons l'étonnement de M. Proust, à la pensée qu'on demande à un médecin d'Egypte, venu après coup, s'il y a eu des diarrhées prémonitoires dans le midi de la France. Heureusement que M. Jules Guérin va partir pour Toulon et Marseille ; nous saurons enfin à quoi nous en tenir. Car « les faits n'ont rien d'absolu, comme il l'a rappelé lui-même, ils sont subordonnés à l'observateur ». Attendons, pour nous prononcer, que M. Jules Guérin ait subordonné les faits.

L'Académie avait, comme l'Institut, chargé une commission d'examiner les recettes contre le choléra qui lui arrivaient en foule. Il en est venu, paraît-il, de tous les pays ; l'Espagne a été particulièrement féconde. On ne peut dire que M. Le Roy de Méricourt attribue à ces envois plus d'importance qu'ils n'en ont et se prive de les exécuter comme ils le méritent ; mais pourquoi même examiner officiellement de pareilles élucubrations, émanées pour la plupart de personnes étrangères à la médecine? Sans doute parce qu'il est des savants qui sont « gens du monde » sous ce rapport. Ainsi, quand une personne incompétente nous propose d'essayer la pilocarpine pour attirer vers la peau les liquides de l'intestin (rapport de

Vulpian à l'Institut, *Union méd.* du 9 août), nous admirons sa logique naïve et son amour des idées simples. Mais s'est-il montré plus médecin, celui qui a dit : « Mon microbe sans eau meurt sur une lame de verre, donc il faut dessécher les ruisseaux des villes »? — L.-G. R.

REVUE TRI-MENSUELLE

DES JOURNAUX D'OBSTÉTRIQUE.

Annales de gynécologie et Archives de tocologie. (Avril, mai, juin 1884.)

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE. — AVRIL 1884.

Dans un rapport fait à la Société de médecine légale, le docteur S. Pozzi, présentant un homme hypospade considéré depuis vingt-huit ans comme femme, à cause d'une apparence de grandes et petites lèvres propre à donner le change, et le comparant à une jeune fille examinée à l'hôpital de Lourcine, et privée de vagin, d'utérus et d'ovaires, arrive aux intéressantes conclusions tératologiques suivantes, communiquées précédemment à la Société de biologie.

Les deux sujets présentent un hymen bien défini. Or, comme ils n'ont de vagin ni l'un ni l'autre, l'hymen est donc une dépendance du sinus uro-génital et non des canaux de Muller.

On ne saurait assimiler le bulbe du vagin au bulbe de l'urèthre, et les corps spongieux de l'urèthre masculin ne doivent plus être comparés aux petites lèvres de la femme.

Chez l'hypospade présenté existent à la fois des petites lèvres nettement caractérisées et des corps spongieux très marqués, quoique atrophiés sous forme de bride. Cette bride descend sur la ligne médiane, entre les petites lèvres, entoure le méat urinaire en se dédoublant, se réunit, puis se dédouble de nouveau pour entourer l'orifice vulvaire en formant l'hymen.

Chez la jeune fille privée de vagin, d'utérus et d'ovaires, la même bride existe, mais moins accusée, parce que le clitoris a son développement normal.

Le docteur Pozzi a retrouvé sur la vulve des nouveau-nées le vestige de cette bride, qu'il propose d'appeler *bride masculine* du testicule, parce qu'il voit en elle les traces non douteuses des corps spongieux.

L'hymen, continuation et épanouissement de cette bride, est donc l'analogue du bulbe masculin. C'est le bulbe resté à l'état embryonnaire non érectile et membraniforme.

Le docteur Pozzi se propose de compléter plus tard ces curieuses recherches.

Observation relative à l'action des centres nerveux sur les contractions utérines. — D'après Dembo (indépendance des contractions de l'utérus par rapport au système cérébro-spinal. — Acad. des sciences et Soc. de biologie, 1882), il existerait dans la paroi vaginale antérieure, des centres nerveux ganglionnaires, dont l'excitation provoquerait les contractions utérines. Kurz a observé, chez une malade atteinte de métrite chronique, des faits qui viennent à l'appui des expériences de Dembo. Il se demande si les douleurs causées à certaines malades par la présence d'un pessaire ne doivent pas être attribuées à la sensibilité de ces ganglions. On pourrait se demander aussi s'ils ne jouent pas un certain rôle dans l'action produite par le tamponnement sur les contractions de l'utérus. Le tampon est un procédé infidèle de provocation du travail, et n'est jamais employé dans cette intention. Ses effets ocytociques ne sont-ils pas en rapport avec l'activité des ganglions de Dembo?

ARCHIVES DE TOCOLOGIE. — AVRIL 1884.

Dans un travail sur l'ovogénèse et la fécondation chez les animaux, le docteur F. Henneguy, préparateur du cours d'embryogénie au Collège de France, étudie l'origine des éléments sexuels, de l'œuf et du spermatozoïde. Les récentes découvertes de Hertwig, Bütschli, Fol, Selenka, les vues philosophiques de M. Balbiani sont exposées dans cette *Revue générale* que nous n'analyserons pas ici parce qu'elle n'offre aucun intérêt pratique pour le médecin.

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE. — MAI 1884.

M. le docteur Mayor (de Genève) publie cinq observations de vomissements de la grossesse arrêtés par les inhalations d'oxygène. Les succès se sont assez multipliés, depuis la publication, par le docteur Pinard, du premier fait de ce genre, pour que l'on se demande si l'oxygène n'est point, non la panacée du vomissement dit incoercible, mais un remède beaucoup plus efficace que ceux qui ont été employés contre ce redoutable accident, c'est-à-dire que tous les remèdes, car il n'en est point qu'on n'ait essayé, depuis la peau de vautour, conseillée par Mauriceau, jusqu'à l'oxalate de cerium, de Simpson.

Le professeur Hayem venait de publier ses observations sur les inhalations d'oxygène chez les chlorotiques qui vomissent, lorsque le docteur Pinard eut l'idée de s'en servir dans un cas de vomissement grave. Dix litres furent donnés le premier jour; douze le second; quinze le troisième. Dès le deuxième jour, un potage fut conservé.

Le docteur Mayor se demande comment l'oxygène agit et pense qu'il diminue l'activité réflexe, mais il se retranche derrière une sage réserve. Il faut avouer, en effet, que nous ne sommes pas plus savants que Mauriceau sur la cause des vomissements de la grossesse. Mauriceau disait : « Ils viennent par la sympathie qui est entre l'estomac et la matrice, à cause de ce que les nerfs qui viennent s'insérer à l'estomac ont communication, par une même continuité, avec ceux qui vont à la matrice. » La physiologie contemporaine dit : phénomène réflexe. Les mots seuls ont changé.

Leçons du docteur Gallard sur la dysménorrhée, recueillies par le docteur A. PETIT. — Le docteur Gallard n'admet que deux classes de dysménorrhée : 1° la dysménorrhée mécanique, trouvant sa cause dans une difficulté de l'écoulement du sang menstruel à travers les orifices du col utérin; 2° la dysménorrhée congestive ou inflammatoire, ayant son point de départ soit dans l'utérus, soit dans l'ovaire.

Tous les faits observés peuvent rentrer dans l'une ou l'autre catégorie. Il n'y a pas lieu de décrire séparément une dysménorrhée membraneuse. Les membranes se montrent dans toutes les variétés du syndrome dysménorrhée, que celui-ci soit symptomatique d'une affection utérine ou ovarienne, et même, bien que le cas soit plus rare, d'un rétrécissement des orifices du col. Ces membranes sont assez communes. Il y a des fausses membranes composées de fibrine stratifiée, moulée sur la cavité utérine, ce qui les fait confondre avec de vraies membranes. Dans leurs lamelles, on trouve des globules qui en révèlent la véritable nature. C'est une ébauche d'organisation qui va peut-être, dans certains cas, jusqu'à la constitution d'un de ces polypes fibrineux dont la pathogénie est jusqu'ici incertaine.

Il y a de vraies membranes qui sont des caduques renfermant un produit de conception. Dans ce cas, le docteur Gallard n'admet pas la répétition régulière des accidents. De plus, ainsi que l'a fait remarquer le docteur Bernutz, dans l'avortement, le sac est arrondi et non triangulaire, et Beigel signale l'existence près d'un orifice tubaire d'une loge pour l'œuf humain : si les membranes sont expulsées par lambeaux, la macération dans l'acide picrique et le lavage dans l'eau permettent de distinguer l'aspect rameux caractéristique des villosités choriales (de Sinéty).

Le docteur Gallard considère la simple exfoliation de la muqueuse sans produit de conception comme la règle de la dysménorrhée membraneuse. C'est l'exagération d'un phénomène physiologique. La muqueuse s'exfolie chez toutes les femmes, mais par petits lambeaux. La mue épithéliale et l'exfoliation totale sont les degrés extrêmes d'un même phénomène.

Morgagni a décrit le premier le sac triangulaire caractérisant l'expulsion de la muqueuse totale et intacte.

La crise de dysménorrhée a deux périodes séparées par un intervalle de calme relatif. La première correspond au molimen hémorrhagique. L'induration dont la muqueuse est le siège rend plus difficile la rupture des capillaires turgescents. Dès l'apparition du sang, la douleur diminue. Elle revient au moment de l'expulsion des membranes, véritable corps étranger. Telle est la règle, mais il y a bien des variétés. L'exfoliation peut se faire sans dysménorrhée, si les orifices utérins sont larges et dilatés. Lorsqu'un lambeau bouche l'orifice et empêche le sang de s'écouler, les douleurs augmentent, l'hématomètre peut se produire, et même l'hématocèle s'il y a reflux du sang par les trompes. En somme, les symptômes ne varient guère dans les diverses formes de dysménorrhée.

Traitement. — Il faut d'abord faire disparaître la douleur. L'atropine paraît préférable

à la morphine, mais elle est dangereuse à manier. On injectera quatre à cinq gouttes de la solution suivante, une ou deux fois par jour.

Sulfate neutre d'atropine...............	30 centigr.
Eau distillée de laurier-cerise............	30 grammes.
M. s. a.	

Les bains, les suppositoires belladonés (3 centigr. de belladone pour 4 gr. de beurre de cacao), les quarts de lavements laudanisés et autres calmants rendent aussi de bons services. Il faut y ajouter les divers bromures et le chloral. La chaleur, sous forme de tisanes stimulantes et d'applications sur l'abdomen, est très utile. Les saignées locales, sangsues sur le col ou scarifications, peuvent conjurer les accidents douloureux. Les révulsifs ne seront employés que s'il y a complication de métrite.

Si la dysménorrhée est due à un rétrécissement des orifices, la dilatation s'impose à l'esprit d'autant mieux qu'elle peut rendre possible l'imprégnation et guérir la stérilité.

Le docteur Gallard cite le fait curieux d'une femme chez laquelle la dysménorrhée était produite par la rétroflexion. Un anneau de Hodge la débarrassa de la dysménorrhée, et cette femme, stérile jusque-là, devint enceinte. On craignit sans doute que le pessaire ne provoquât une fausse couche et on l'enleva. La fausse couche eut lieu peu de temps après. La dysménorrhée et la rétroflexion se reproduisirent. On remit l'anneau de Hodge. La dysménorrhée cessa et la femme redevint enceinte. Cette fois, on n'enleva l'anneau que vers le sixième mois. L'accouchement fut heureux et se fit à terme.

Le docteur Gallard préfère la dilatation lente, au moyen de bougies, à la dilatation brusque et forcée. S'il faut avoir recours aux instruments tranchants, le bistouri vaut mieux que les instruments spéciaux de Sims et de Simpson, qui tranchent les tissus plus loin qu'il n'est nécessaire et, comme le col est entouré d'un réseau veineux serré, on s'expose à des hémorrhagies ou à des phlébites. On doit se servir d'un bistouri à lame étroite, faire des incisions dépassant à peine l'épaisseur de la muqueuse, et n'inciser l'orifice interne qu'après avoir ouvert suffisamment l'orifice externe avec les ciseaux ou le bistouri. On fera le cathétérisme pour maintenir les surfaces saignantes éloignées et empêcher l'exagération du rétrécissement par le travail de cicatrisation.

Quand la dysménorrhée échappe à tout traitement, on a la ressource extrême de l'opération de Battey. Les succès obtenus peuvent faire croire que, dans ces cas, la dysménorrhée avait sa cause dans l'ovaire; mais ils s'expliquent mieux par la disparition de la menstruation.

Archives de tocologie. — Mai 1884.

Nouveau forceps. — Théories inédites. — Expériences à l'appui, par le docteur Chassagny. — Les Lyonnais sont fort ingénieux et nous leur devons plus d'une idée féconde. Le docteur Chassagny, en particulier, doit prendre large part de cet éloge; cependant nous n'entretiendrons point les lecteurs de l'*Union* de ses nouveaux essais. Il y a beaucoup à dire et à écrire sur le forceps; mais nous voulons parler exclusivement, dans ces comptes rendus, de ce qui intéresse le praticien.

Annales de gynécologie. — Juin 1884.

Note sur un cas de rupture complète de l'utérus, par L. Secheyron. — Il s'agit de la rupture d'un utérus bicorne, survenue avant le travail. Aucune hémorrhagie. Le diagnostic fut fait, par M. Bar, par le toucher manuel pratiqué à travers un orifice dilatable. L'extraction du fœtus et des annexes eut lieu par les voies naturelles. La femme mourut douze jours après avoir senti le craquement, point de départ probable de la rupture.

Une bride péritonéale se terminant en avant sur la paroi postérieure de la vessie, en arrière sur le mésorectum, passait comme un pont au-dessus de l'isthme qui séparait les deux cornes.

Par son inextensibilité, elle a pu avoir une influence non seulement sur la rupture favorisée par l'amincissement des tissus utérins au point de jonction des cornes, mais peut-être même sur la malformation. M. Secheyron discute, à ce propos, l'opportunité et les avantages de l'intervention par la laparotomie, tant de fois discutés depuis la thèse de Jolly. Il s'appuie sur le jugement porté par le docteur Bar, dans son excellent travail sur les méthodes antiseptiques, pour déclarer que l'ouverture de l'abdomen, suivie de l'opération de Porro, est impossible dans la plupart des cas, parce qu'on s'expose au choc traumatique; mais, en admettant même que le danger fût nul, l'opération de Porro serait impossible dans la plupart des cas. En effet, l'utérus se rompant d'ordinaire à la jonction du corps et du col, les tissus nécessaires à la formation du pédicule manqueraient.

H. Stapfer.

L'immunité contre la rage et le rapport de M. Bouley.

On n'a pas oublié qu'une commission officielle a reçu mission, il y a quelques mois, de contrôler les découvertes de M. Pasteur sur la rage. Ses membres, MM. Béclard, Bert, Bouley, Tisserand, Villemin et Vulpian, viennent de rédiger par la plume de M. Bouley un rapport sur la première série des expériences, afin que « M. Pasteur puisse s'en autoriser dans la communication qu'il se propose de faire au Congrès scientifique de Copenhague ». C'est assez dire que ce rapport est une sorte d'avant-goût de cette communication prochaine. Elle doit mettre les curieux en appétit.

Ces expériences consistaient à vérifier si les chiens que M. Pasteur déclare réfractaires le sont réellement et par conséquent s'ils ont acquis l'immunité annoncée. A cet effet, les recherches suivantes ont été instituées :

1° Le 1er et le 6 juillet ; 10 chiens, 5 vaccinés contre la rage et 5 témoins pris à la fourrière, ont été inoculés par trépanation avec le virus du chien à rage des rues ;

2° Les 3, 4, 10, 17 et 28 juin, on a fait mordre par des chiens en puissance de rage des rues 12 autres chiens : 6 vaccinés auparavant et 6 témoins ;

3° On a inoculé par injection intra-veineuse, le 19 juin, 6 chiens avec le virus de la rage des rues ; le 20 juin, 12 chiens avec un virus très virulent provenant du bulbe d'un lapin de quarante-sixième passage, virus qui donne la rage au lapin en 7 ou 8 jours et au chien en 8 ou 10 jours ; le 26, 2 autres chiens avec le virus d'un témoin mort après inoculation.

En résumé, 42 chiens ont été mis en expérience : 23 étaient, d'après M. Pasteur, réfractaires à la rage, et 19 des témoins exempts de toute inoculation rabique.

Parmi ces derniers, il y eut 3 cas de rage sur 6 après la morsure d'autres chiens enragés, 6 cas sur 8 après des inoculations intra-veineuses et 5 cas sur 5 après des inoculations par trépanation. Les 23 chiens vaccinés n'ont pas offert un seul cas de rage.

La Commission ne s'en tiendra pas à ces premières épreuves de contrôle. Elle entend poursuivre ses recherches sur des chiens neufs, qui, en grand nombre, seront vaccinés sous ses yeux et rendus réfractaires à la rage par le procédé de M. Pasteur. Des chiens témoins seront soumis avec eux à des épreuves variées, de façon à reconnaître la valeur réelle de cette immunité.

Ce n'est pas tout : il reste à en déterminer, par une longue observation, la durée réelle, à s'occuper de la prophylaxie des chiens mordus ; enfin, question d'importance pour celle de l'homme, il y aura lieu de chercher si l'inoculation du virus atténué annule celle du virus inoculé par une récente morsure. C'est de là, en effet, que dépendent tous les résultats pratiques qu'on est en droit d'espérer de ces travaux.

C. L. D.

L'épidémie cholérique de 1884.

Dans le foyer cholérique toulonnais, l'amélioration s'est ralentie. Du 11 au 12, il y a eu 7 décès cholériques à *Toulon*, dont 1 au Mourillon et 2 décès à Montfort-sur-Argens. Au reste, dans cette ville, le personnel de la marine a été sérieusement éprouvé, car, du 14 juin au 1er août, 189 officiers et marins ont succombé.

En Provence, on a enregistré à *Marseille*, du 9 au 10, 14 décès cholériques et, du 10 au 11, 15 décès sur une mortalité générale de 42; à *Aix,* du 11 au 12, 2 décès; à *Arles*, du 10 au 11, 2 décès et, du 11 au 12, 2 décès; à *Barcelonnette*, 2 décès durant la dernière semaine ; à *Avignon*, le 12 août, 1 décès, et, depuis quelques jours, 20 décès par cholérine à l'asile des aliénés de Montdevergnes ; enfin, le 11 août, aux environs de *Nîmes*, 2 décès à Bouillargues et 1 décès à Robiac.

Dans le canton d'Aspet, dans l'arrondissement de *Saint-Gaudens*, on signale quelques cas et 3 décès le 11 août. On attribue l'importation du choléra à des linges contaminés venant de Marseille, et apportés par une femme qui a été la première victime de la maladie. Enfin, le 10 août, à *Toulouse*, on constatait des décès suspects.

Aux environs de *Montpellier*, on signale du 10 au 12, dans le foyer cholérique de *Gigean*, 3 décès et 4 cas nouveaux. Ce village compte actuellement 44 malades en traitement.

Dans le département de l'*Ardèche*, l'épidémie est toujours sévère : à Vogué, où il y a eu 6 décès le 10 août, 5 décès le 11 août, à Ruoms, où les malades sont nombreux et

où la mortalité cholérique était de 5 décès le 10 et de 6 décès le 11. A Lavilledieu, on signale une amélioration de l'état sanitaire.

En *Italie :* le bulletin officiel mentionne à la date du 10 août 8 décès et 11 cas nouveaux dans les provinces de Gênes, de Massa et de Turin, et à celle du 11 août 8 cas nouveaux et deux décès dans les provinces de Massa, Turin et Portomaurizio. — C. L. D.

Lettres de Copenhague.

Mon cher directeur,

L'ouverture du Congrès de Copenhague a eu lieu aujourd'hui, dimanche 10 août, à une heure dans le palais de l'Industrie. La famille royale de Danemark et la famille royale de Grèce (le roi de Grèce est le fils du roi de Danemark) ont, suivant l'expression consacrée, honoré de leur présence cette cérémonie. Honoré n'est pas trop dire, car l'accueil cordial qu'ils ont fait aux savants dans la courte réception qui a suivi les discours officiels était une preuve excellente de l'estime accordée par les princes de Danemark et de Grèce aux princes de la science. Habillés comme de simples mortels, en veston et en redingote, les dames en toilette de ville, ils formaient un contraste assez curieux avec nos maîtres de tous les pays : Pasteur, Verneuil, Trélat, Jaccoud, sir James Paget, Virchow, etc., tous en toilette de soirée et décorés. Volkmann et sir Mac Cormac étaient surtout remarquables par la grande quantité de décorations qui ornaient le devant de leur poitrine, chemise, gilet, habit ; ils étaient ce qu'on appelle chamarrés.

Nous avons remarqué dans l'assistance, entre autres, et outre ceux que nous venons de nommer, MM. Ball, Bouchard, Cornil, Ranvier, Pozzi, Nicaise, Legroux, Constantin Paul, Bucquoy, Leloir, Daremberg, Dor et Perroud (de Lyon), Zambaco, Redard, Thorens, sir William Gull, Risdom Bennett, Lister, Henock, Liebermeister, John S. Billings, Flint, etc. Qu'il vous suffise de savoir que le nombre des médecins étrangers venus à Copenhague est plus considérable que le nombre de ceux qui sont venus à Londres d'environ deux cents. On compte environ 1200 étrangers arrivés ou qui arriveront demain.

On s'était beaucoup inquiété, et en particulier à Paris, de la question des logements. On craignait que l'on ne pût caser, nourrir et entretenir convenablement nos confrères. La question a été résolue de la façon la plus satisfaisante. Avec un empressement qu'on ne trouve pas certainement en France, tous les habitants riches de Copenhague ont mis à la disposition du comité d'organisation une pièce ou un appartement, et chacun d'eux a tenu à honneur de recevoir et d'héberger, qui un Français, qui un Anglais, qui un Italien, qui un..... je n'ose pas dire Allemand, car les Danois ont encore trop présent à la mémoire le souvenir de la prise de Duppel et de ses suites. Tous ceux de nos compatriotes à qui j'ai demandé *de leurs nouvelles* sont absolument enchantés. Quant à moi, je me tais, ne voulant pas avoir l'air de faire l'éloge de ce peuple aussi charmant en général qu'en particulier, parce qu'il a reçu à bras ouverts et les médecins français et votre délégué.

Le professeur Panum, président du Congrès, a ouvert la séance par un discours en français, rempli d'infiniment d'esprit et d'esprit fin. En substance, il a remercié la famille royale de l'honneur qu'elle faisait au Congrès en assistant à son ouverture ; il a dit qu'on aurait dû être un peu intimidé à Copenhague d'y recevoir le Congrès, parce que les réceptions n'y seront peut-être pas aussi brillantes qu'à Londres ; qu'ayant à choisir une langue pour s'exprimer devant le Congrès, il a préféré la langue française ; mais avec quelle finesse il a glissé sur l'objet de sa préférence pour ménager les susceptibilités de notre ennemi commun ! — ennemi politique, j'entends. — « Ici, dit-il à peu près, nous ne sommes pas réunis pour faire de la politique, mais de la science. Au fond, chacun de nous gardera ses sentiments personnels, son esprit de nationalité ; mais, comme nous sommes de pays différents et qu'en définitive il faut bien nous entendre, voyons si ce que j'ai fait était bien ce que j'aurais dû faire.

« J'aurais voulu parler toutes les langues, mais le temps m'aurait manqué pour répéter cinq ou six fois mon discours dans une langue différente. Le latin, qui était autrefois la langue scientifique, n'est plus guère connu ; le danois m'aurait été certes plus commode, mais qui à l'étranger sait le danois ? J'aurais pu aussi choisir l'allemand, parce que j'ai longtemps professé dans cette langue, mais (et sans dire pourquoi il n'avait pas adopté l'allemand, ce que tous les assistants comprenaient de reste) j'ai préféré le français, parce que c'est la langue qui nous divise le moins, la langue la plus universellement connue et acceptée comme organe officiel.

« Je fais probablement des fautes de français, mais je supplie mes confrères français d'être indulgents ; je les supplie même, comme je supplie nos autres confrères étrangers, de se faire mutuellement des concessions sur la grammaire ; parlez non seulement votre langue, mais essayez de parler celle des autres, et ainsi vous vous serez utiles et agréables les uns aux autres ; écoutez-vous avec attention, et surtout parlez lentement ! Quant aux fautes de grammaire, peu importe ! Qu'importe à une voile d'être faite d'une étoffe rouge, bleue, verte ou blanche, ou même d'être un peu salie, maculée, si elle fait bien avancer le navire ! Qu'importe que votre langage soit un peu incorrect, si ce que vous exprimez est capable de faire avancer la science.

« Je vous fais ces recommandations, chers collègues, parce que je suis persuadé que le succès de nos Congrès dépend de la bonne harmonie qui doit régner entre nous. Quelles que soient les raisons qu'aient les peuples de se combattre, n'oublions pas qu'il faut nous réunir dans un principe plus élevé, les intérêts de la science. »

Sir James Paget a pris ensuite la parole. Il a pris pour texte les nombreuses relations de la famille royale du Danemark avec les familles régnantes de l'étranger, pour conclure que cette famille si aimable, si sympathique, réunissant dans son sein le roi de Grèce, la princesse de Galles, l'impératrice de Russie, etc., était le vrai symbole du Congrès médical international.

Puis M. Virchow a dit en allemand que la science n'était d'aucun pays, mais de tous les pays. M. Pasteur a répondu à M. Panum, en termes très émus et très applaudis, que si la science n'avait pas de patrie, chaque homme de science devait avoir en travaillant le desir d'augmenter l'honneur et la gloire de son pays.

Enfin M. Lange a rendu compte des travaux nécessités par l'organisation du Congrès. M. Panum a fait l'historique des congrès médicaux internationaux, de l'idée qui avait guidé cette institution et de ses progrès. Puis le roi s'est fait présenter les grands dignitaires du Congrès, a serré la main à MM. Pasteur, Paget, Verneuil, Virchow, etc., et on a procédé à l'élection des membres du bureau, dont je vous donnerai les noms dans ma prochaine lettre.

L.-H. Petit.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 août 1884. — Présidence de M. Hardy.

La correspondance non officielle comprend une série de communications relatives au choléra. (Comm. des épidémies.)

M. Tillaux présente, au nom de M. le docteur Debrand, un volume intitulé : *Des rétrécissements du conduit vulvo-vaginal.*

Dans la dernière séance, M. Villemin, en présentant le nouveau livre de M. Germain Sée, s'est exprimé en ces termes : Notre collègue, M. le professeur Sée, m'a prié d'offrir à l'Académie son important ouvrage : *De la phthisie bacillaire des poumons.* Assurément, personne n'était mieux à même que lui de s'acquitter de cette mission; mais en me demandant d'assumer cet honneur, il a sans doute voulu me témoigner son estime pour ceux de mes travaux qui traitent le sujet de son livre. C'est à cette confraternité d'études que je dois la marque de confiance qu'il me donne.

M. Sée est un clinicien dont l'esprit est ouvert à tous les progrès. A l'inverse de certains autres qui, par une contradiction inexplicable, déclarent que la médecine n'est qu'un art et la mettent en perpétuelle défense contre les nouvelles acquisitions de la science, il emploie, au contraire, son ardeur et son talent à étendre les ressources de la clinique, à les renforcer par l'application de toutes les données que fournissent les sciences physiques, chimiques et biologiques.

La découverte du bacille de la tuberculose a été pour lui une occasion de rajeunir, si je puis parler ainsi, toute l'histoire de la phthisie. Après l'étude du microbe phthisiogène et celle de la lésion qu'il détermine, M. Sée passe en revue l'étiologie de la tuberculose, en montrant la parfaite concordance des faits depuis longtemps connus avec l'origine parasitaire de la maladie; puis il aborde la clinique proprement dite, où la théorie bacillaire trouve entre ses mains des applications fécondes pour le diagnostic. Notre collègue déploie dans cette partie de son œuvre des qualités remarquables d'analyse et d'observation.

La partie consacrée à la thérapeutique est richement dotée de préceptes et de moyens judicieusement adaptés aux formes si diverses, aux indications si multiples de cette maladie. M. Sée se montre le thérapeutiste bien connu, qui ne s'aventure qu'avec l'appui de la physiologie, et c'est avec ce guide qu'il préconise les remèdes nouveaux et consacre ceux que l'empirisme a popularisés.

Le nouvel ouvrage de notre collègue est une œuvre de progrès, riche d'observations et de faits personnels, et qui, de plus, a le rare mérite de stimuler la pensée du lecteur, de forcer l'éclosion de ses idées propres, parce que celles de l'auteur se relient toujours à des principes généraux qui en agrandissent la portée.

M. Jules Guérin a reçu de M. le docteur Corre, médecin de la marine à Brest, le relevé des observations qu'il a faites dans le service qui lui est confié.

M. Corre s'étonne que l'attention n'ait pas été appelée sur la constitution médicale qui a évolué dans toute l'Europe occidentale parallèlement au choléra d'Egypte. Il remarque également que Toulon et Marseille ont été atteints par le choléra précisément au moment où ces villes présentaient cette constitution médicale.

L'auteur de la communication ajoute : C'est avec une véritable stupéfaction que je viens de lire le discours de M. Proust, relatif au choléra de Toulon et de Marseille. La négation des constitutions médicales me paraît une hérésie scientifique monstrueuse et, dans le cas présent, la méconnaissance la plus absolue des faits.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le choléra.

M. Proust demande à l'Académie la permission de lui soumettre quelques remarques à propos de la présentation faite dans la dernière séance par M. Jules Guérin.

Il rappelle qu'il y a quinze jours, il a exposé les résultats de l'enquête à laquelle il s'était livré auprès des médecins de Toulon et de Marseille, dans le but de savoir si l'épidémie de choléra qui régnait dans ces villes avait été précédée d'une constitution médicale prémonitoire. La conclusion avait été négative et la démonstration lui avait paru complète. Toutefois elle ne lui avait pas suffi, et il avait tenu à s'adresser aux médecins qui avaient fourni à M. Guérin les renseignements sur lesquels ce dernier avait fondé son argumentation. La réponse de M. Combalat, médecin des épidémies de Marseille, avait été aussi péremptoire que celle de M. Cunéo, médecin en chef de l'hôpital maritime à Toulon, et actuellement de l'hôpital Saint-Mandrier, et de M. le docteur Trastour, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin en chef de l'hôpital des cholériques au Pharo. Tous trois déclaraient qu'il n'y avait eu de constitution médicale prémonitoire ni à Toulon ni à Marseille, et M. Proust avait conclu avec ces messieurs que la théorie de la constitution médicale prémonitoire était, cette fois encore, démentie par les faits.

Pour réfuter M. Proust, M. Jules Guérin, au lieu de s'adresser aux médecins de Toulon et de Marseille, a préféré se renseigner auprès de M. Dutrieux-Bey, médecin égyptien, venu à Toulon après l'apparition de l'épidémie, et qui, par conséquent, n'a pu connaître que de seconde main les événements antérieurs.

Or, d'une lettre qui lui a été spontanément adressée par M. Cunéo et dont M. Proust cite des fragments, il résulte que M. Dutrieux, venu à l'hôpital Saint-Mandrier dans le but de se renseigner sur les origines de l'épidémie de Toulon, n'a examiné que d'une manière très sommaire, en une heure, la série considérable de documents, plus de quinze cents feuilles de clinique, mis par M. Cunéo à sa disposition, tandis qu'il a fallu à M. Cunéo, pour faire ce dépouillement, toute une journée, avec des aides qui lui facilitaient le triage. M. Cunéo envoie à M. Proust les statistiques par mois de 1881, 1882, 1883 et des cinq premiers mois et demi de 1884.

Il résulte de ce tableau que si l'on compare ces quatre années entre elles, les trois premières qui n'ont pas présenté de choléra ont donné beaucoup plus d'entrées pour diarrhées que l'année 1884 dans laquelle le choléra a paru à Toulon. Cela s'explique par l'absence de chaleur à Toulon jusqu'au 24 juin.

M. Proust ne nie pas qu'une épidémie de choléra puisse être précédée d'une constitution diarrhéique. Ainsi, à Aix, le premier cas de choléra qui a éclaté dans cette ville le 5 juillet avait été précédé par des diarrhées dues à la température excessive de la fin de juin et du commencement de juillet; mais le choléra n'est apparu à Aix qu'à la suite de l'arrivée dans cette ville d'un professeur du lycée de Toulon venant directement de cette ville et pris en route des premiers symptômes cholériques, auxquels il a succombé le 6 juillet, le lendemain de son arrivée.

Ainsi, même lorsque le choléra se montre dans une ville où il règne une constitution diarrhéique ou dysentérique, cette constitution n'est pas la cause de l'apparition du

choléra; et malgré cette constitution diarrhéique, Aix n'aurait pas eu de choléra si le professeur de Toulon n'était venu y mourir de cette maladie.

M. Proust termine en disant qu'il attendra, pour reprendre la parole, que M. Jules Guérin ait produit des arguments plus sérieux et provenant d'observateurs plus autorisés que M. Dutrieux.

M. Jules Guérin répond que M. Dutrieux est un homme très honorable et très distingué, auteur d'un ouvrage des plus remarquables sur l'épidémie de choléra d'Egypte. Quelle que soit la manière dont le médecin a recueilli les renseignements qu'il a envoyés à M. J. Guérin sur l'épidémie de Toulon, il suffit que ces documents soient empreints de vérité et d'exactitude pour que M. Proust doive en tenir un compte plus sérieux. D'ailleurs, M. Dutrieux s'est renseigné à la fois auprès des médecins et sur les registres de l'état civil.

Les renseignements de M. Dutrieux déposent dans le même sens que ceux adressés à M. J. Guérin par M. le docteur Corre, médecin de la marine, et que M. J. Guérin vient de mettre sous les yeux de l'Académie. D'ailleurs les faits annoncés par ces médecins établissent péremptoirement la vérité de ce que M. Jules Guérin soutient depuis cinquante ans, et c'est toujours ainsi que le choléra s'est comporté à toutes les époques de ses apparitions successives.

M. Jules Guérin annonce qu'il ira lui-même à Toulon et à Marseille procéder à une enquête dont les résultats montreront à n'en pas douter que les faits se sont passés ainsi qu'il l'a indiqué déjà.

M. Proust répond en répétant qu'il résulte des témoignages des médecins de Toulon et de Marseille que l'épidémie de choléra, dans ces deux villes, n'a pas été précédée par une constitution médicale prémonitoire.

M. Jules Guérin dit qu'à Marseille il s'était déclaré, le 7 juin, un cas de choléra, suivi de mort, que l'on a mis sur le compte du choléra *nostras*, tandis que c'était bel et bien un cas de choléra vrai. C'est ainsi, d'ailleurs, que toujours le choléra vrai précède le choléra officiel.

M. Larrey annonce qu'il a reçu de Toulon des renseignements qu'il se propose d'apporter dans la prochaine séance et qui déposent dans le sens des documents communiqués par M. Proust.

M. Le Roy de Méricourt, au nom de la commission des épidémies, lit un rapport sur 188 communications relatives au choléra que l'Académie a reçues dans les séances précédentes.

Il regrette que la trop grande publicité donnée aux idées de M. Koch ait contribué à affoler les populations. On a la peur du microbe en virgule sur l'importation duquel les recherches de MM. Straus et Roux ont jeté des doutes, et le nombre des prétendus microbicides s'accroît chaque jour, comme si, même en admettant que la présence d'un micro-organisme soit la cause du choléra, il était possible d'espérer détruire ce micro-organisme une fois qu'il a pénétré dans le corps humain.

Comme procédé prophylactique contre le choléra, on a surtout préconisé la désinfection des objets ayant appartenu aux cholériques, et M. le rapporteur signale notamment à ce sujet la proposition de faire chauffer ces objets dans les fours à défaut d'étuves. Cette proposition n'a qu'un défaut, c'est d'être peu pratique, à cause de l'étroitesse habituelle des fours et des inconvénients que l'emploi d'une chaleur sèche trop forte pourrait avoir pour des objets de literie, tels que lits de plume, etc.

Plusieurs médecins ont recommandé comme préservatif du choléra l'emploi journalier du sulfate de quinine à faibles doses. Ce moyen a déjà été essayé par les médecins de l'escadre de la Méditerranée, sans aucun résultat.

Relativement à la prophylaxie du choléra, M. le rapporteur combat l'idée des cordons sanitaires ; il s'associe à M. le docteur Netter pour blâmer les inhumations à bref délai, car dans le choléra il est facile de croire à la mort quand il n'y a que mort apparente.

En ce qui touche le traitement, passant sous silence toutes les communications qui ont pour mobile plus ou moins déguisé le lucre, M. le rapporteur mentionne, en doutant fort de leur efficacité, les injections hypodermiques de nitrate de pilocarpine. Les correspondants qui insistent sur les injections de solution de morphine, d'éther, d'eau salée, d'eau oxygénée, d'eau alcaline, etc., sont nombreux, mais quelques-uns protestent avec raison contre les dangers de la morphine employée d'une manière trop téméraire.

Quant aux injections intra-veineuses, bien que M. Vulpian admette qu'en raison de quelques résultats favorables obtenus par ces injections, il y a lieu de faire des essais dans cette voie, M. le rapporteur doute que les praticiens osent souvent se livrer à ces essais.

Il cite avec éloge une note de M. le docteur Bourgeret (d'Aix), membre correspondant, sur la propagation du choléra par l'eau et rappelle à cette occasion un rapport très favorable de M. Barth, fait en 1865, sur les recherches de M. Bourgeret relatives au choléra.

En tête des moyens proposés et expérimentés sérieusement dans les localités envahies, il place les aspirations d'oxygène, l'eau oxygénée et l'ozone.

« On est malheureusement réduit à répéter, dit M. le rapporteur en terminant, que dans l'épidémie qui sévit actuellement dans le midi de la France, on n'a vu se produire encore aucune médication, aucun moyen curatif dont l'efficacité soit proportionnée à la gravité réelle et universellement reconnue du choléra. »

M. Gustave Lagneau lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Aubert, médecin militaire.

M. Gustave Lagneau, auquel a été renvoyé un mémoire de M. le docteur Aubert, sur le recrutement dans le département du Calvados, insiste sur l'intérêt que présente ce mémoire au double point de vue de l'anthropologie et de la démographie.

Sous le rapport anthropologique, il met à même de constater la persistance des caractères ethniques. Dans cette région, aux anciens habitants de race celtique brune, brachycéphales, de petite taille, sont venus successivement se mêler des Galates, des Belges, et surtout sur le littoral, dans les environs de Caen et de Bayeux, des Saxons et des Normands, blonds, dolichocéphales, de haute stature, appartenant à la race germanique septentrionale. Or, c'est encore dans les cantons du littoral et particulièrement dans les arrondissements de Caen et de Bayeux, ancienne demeure des Saxons bayocasses, que l'on trouve le plus de jeunes hommes de haute stature, aux yeux bleus, aux cheveux blonds. Malgré les déplacements si fréquents et actuellement si faciles des habitants, les populations des campagnes se mêlent peu, car si l'on se porte en grand nombre vers les villes, on se porte peu vers les campagnes.

Sous le rapport démographique, la décroissance de la population de ce département mérite grandement d'attirer l'attention. Cette décroissance s'observe pour la population générale de ce département, pour celle de ses six arrondissements, et pour celle de 29 de ses 34 cantons. Dans cinq cantons seulement, la plupart plus urbains, plus industriels qu'agricoles, se manifeste un accroissement plus ou moins notable par suite de l'immigration. De 505,210 habitants en 1806, la population du Calvados est descendue à 454,012 en 1881, décroissance de plus d'un dixième. Certains cantons, en particulier ceux de Livarot, d'Orbec, de Cambremer, de Blangy ont perdu 29, 30, 38, voire même 41 p. 100 de leurs habitants, plus des deux cinquièmes. Si cette décroissance de la population de nombreux cantons peut en partie s'expliquer par l'émigration des campagnards vers les villes, elle tient surtout à l'excédent des décès sur les naissances. Excepté les cantons de Trouville et d'Isigny, tous les autres cantons présentent un excédent plus ou moins considérable de la mortalité sur la natalité, volontairement restreinte.

Par suite de l'abandon des travaux agricoles pour les travaux industriels des villes, où les conditions biologiques sont défectueuses, la proportion des jeunes gens aptes au service militaire, loin de s'élever comme dans la plupart des autres départements, semble tendre à diminuer de plus en plus.

M. Blot pense que les causes de l'infécondité des mariages sont complexes et ne peuvent être rapportées à une seule et unique influence.

M. Rochard parle dans le même sens ; il n'est que trop vrai que la dépopulation de la France tend à s'accroître de plus en plus. Nous sommes aujourd'hui la nation de l'Europe dont la population augmente le moins. Cela tient à diverses causes à la fois juridiques et sociales. Les lois relatives aux successions, à la transmission des héritages, la division de la propriété, les mariages tardifs, les maladies, surtout les maladies internes, etc., contribuent à l'infécondité volontaire ou involontaire des mariages.

M. Larrey voudrait que l'Académie adoptât la proposition de M. Lagneau tendant à donner une plus grande publicité aux travaux de démographie médicale.

M. Jules Guérin rappelle qu'une discussion très approfondie eut lieu en 1869 sur ce sujet, qui fut examiné et au point de vue du fait et au point de vue des doctrines. Il fut

démontré alors que la diminution de la taille dans la population française marchait de pair avec la diminution de la population, c'est-à-dire qu'il y avait à la fois diminution du nombre et de la qualité des hommes en France.

M. Larrey dit qu'il a eu l'honneur de proposer au Corps législatif que, dans les conditions exigées par le recrutement, on abaissât la taille de 1 à 2 centimètres, l'expérience ayant démontré que des jeunes gens qui n'avaient pas la taille requise, au moment du tirage au sort, pouvaient continuer de grandir pendant plusieurs années.

La proposition de M. Lagneau, mise aux voix, est adoptée.

— La séance est levée à cinq heures.

FORMULAIRE

Potion contre la coqueluche. — J. Simon.

Teinture de belladone	10	gouttes.
Alcoolarute de racine d'aconit	10	—
Hydrolat de laurier-cerise	10	grammes.
Hydrolat de tilleul	60	—
Hydrolat de fl. d'oranger	10	—
Sirop de lactucarium	30	—

Mêlez. — Une cuillerée à café, d'heure en heure ou à de plus longs intervalles, selon l'effet produit, aux enfants, au début de la coqueluche. Enveloppement des membres inférieurs dans du coton recouvert de taffetas gommé, révulsion légère sur la partie antérieure du thorax. — Vomitifs pendant la seconde période. — Changement d'air pendant la troisième période. — N. G.

COURRIER

Nous publions plus bas l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la maison de santé Dubois, *du* Lait *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile dans des boîtes en cristal plombées. Ce mode de vente, qui supprime l'intervention frauduleuse des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

Concours. — Les concours pour les bourses de médecins et pharmaciens viennent d'être réglés par le ministre de l'instruction publique de la façon suivante :

Pour les bourses de médecine, le concours aura lieu au siège des Facultés de médecine et de pharmacie, le lundi 27 octobre 1884, et les registres d'inscription en seront clos le 18 octobre, à quatre heures.

D'autre part, le concours pour les bourses de pharmacie se fera au siège des Ecoles supérieures de pharmacie et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le lundi 27 octobre 1884.

Comme pour le concours de médecine, le registre des inscriptions se fermera le 18 octobre, à quatre heures.

Hôpitaux de Paris. — L'ouverture du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le mercredi 8 octobre à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'Administration, avenue Victoria, n° 3.

MM. les élèves externes en médecine et en chirurgie de deuxième et troisième année sont prévenus qu'en exécution du règlement, ils sont *tous* tenus de prendre part au concours des prix, sous peine d'être rayés des cadres des élèves des hôpitaux et hospices.

Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 1er septembre jusqu'au mercredi 24 septembre inclusivement.

L'ouverture du concours pour l'externat aura lieu le jeudi 9 octobre à quatre heures précises dans l'amphithéâtre de l'Administration, avenue Victoria n° 3.

Les étudiants qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, depuis le lundi 1er septembre jusqu'au 24 du même mois, inclusivement.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le concours pour une place de chef de clinique d'accouchements vient de se terminer par la nomination de M. Doléris, comme chef de clinique et de M. Stapfer, comme chef de clinique adjoint.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — Pendant la durée de la session que l'Association française pour l'avancement des sciences tiendra à Blois, du 4 au 11 septembre, sous la présidence de M. Bouquet de la Grye, une section d'archéologie fonctionnera pour la première fois. Si, comme on peut l'espérer d'après les communications déjà annoncées, cette section fournit des résultats sérieux, elle pourra être maintenue pour les autres Congrès, parmi les sections régulières.

Pour tous les renseignements relatifs au Congrès pour lequel des réductions de prix ont été consenties par les compagnies de chemins de fer, s'adresser au siège de l'Association, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

— Le Conseil de surveillance de l'Assistance publique, consulté sur l'admission des étudiantes en médecine, externes des hôpitaux de Paris, au concours de l'internat, a émis un avis favorable.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — Le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique a l'honneur d'informer MM. les médecins du VIe arrondissement que, le dimanche 17 août 1884, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin.

— Deux naturalistes distingués, M. le docteur Gressin, de Montivilliers, et M. Bottard, interne à l'hôpital du Havre, viennent de faire une intéressante découverte scientifique.

On sait combien est douloureuse la piqûre des épines operculaires et des rayons épineux des poissons nommés vive (Trachinus draco. Lin) et arselin (Trachinus vipera, Cuv).

Tous les auteurs, depuis Aristote jusqu'à Cuvier, ont attribué la douleur causée par la piqûre de ce poisson, ainsi que les accidents consécutifs qui surviennent parfois, phlegmon, etc., à la force de pénétration de l'épine et ont absolument nié l'existence du venin.

Or, c'est ce venin qu'ont découvert MM. Gressin et Bottard, ainsi que la glande qui le sécrète.

A la base et de chaque côté des épines operculaires se trouvent des culs-de-sacs membraneux, au fond desquels repose la glande. On comprend qu'en pénétrant dans un corps quelconque la base de l'épine presse sur la glande et fait couler le venin. C'est exactement le même mécanisme que celui des vipères, seulement, au lieu de pénétrer dans la blessure par un canal central comme celui de la dent des serpents, le venin suit deux canalicules placés symétriquement de chaque côté de l'épine.

Recueilli avec soin, ce venin a été inoculé, à l'aide d'une seringue de Pravaz, à des batraciens, à des poissons, à des oiseaux et à de petits mammifères. En peu de temps, ces animaux sont morts, après avoir présenté les phénomènes suivants : douleur vive, contraction musculaire, convulsions cloniques, collapsus et mort.

Ces expériences, qui ont été faites au laboratoire de physiologie maritime du Havre, prouvent d'une façon absolue l'existence d'un venin nié depuis si longtemps par les plus savants naturalistes. Ces messieurs préparent du reste un travail complet sur cet intéressant sujet.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

Du traitement rationnel de la période aiguë du choléra asiatique et de ses résultats dans les épidémies (1)

(1° de Damas en 1875 ; 2° de l'Inde française en 1876 ; 3° de la Cochinchine en 1882),

Par le docteur M. Desprez,

Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Saint-Quentin,
Médecin des épidémies et du Conseil d'hygiène et de salubrité publique pour l'arrondissement de Saint-Quentin,
Président de la Société médicale de l'Aisne, etc.

4° Chlorhydrate de morphine.

Une des propriétés les moins douteuses de l'opium est certainement celle de provoquer d'une façon fréquente et presque certaine la transpiration cutanée; parallèlement à cette faculté, marche une autre propriété presque certaine aussi, c'est celle de diminuer l'abondance des sécrétions intestinales. Il n'entrera dans la pensée de qui que ce soit de dénier à l'opium et surtout à la morphine la puissance de calmer les douleurs.

Les propriétés de ce médicament sont certainement très remarquables et précieuses; mais à côté d'elles se trouve un défaut *très sérieux : l'opium*, à une dose un peu élevée, *engourdit*, *hébète les facultés* intellectuelles ; il PRÉDISPOSE DONC AUX CONGESTIONS CÉRÉBRALES. Or, nous savons tous que, dans la période de réaction, *un des grands dangers* de la maladie cholérique se trouve dans la *congestion cérébrale* qui survient si facilement sans l'intervention même du traitement opiacé.

On comprend donc que, si l'opium ou l'un de ses principaux éléments doit être administré à dose suffisante pour aider au rétablissement des

(1) Suite. — Voir le numéro du 12 août 1884.

FEUILLETON

Marion Sims.

Le 13 novembre 1883 s'éteignait, à New-York, un chirurgien dont la renommée tapageuse remplit un moment les deux mondes; praticien original, opérateur habile, novateur heureux, dont le bagage a été diversement apprécié et la personnalité vivement discutée. Sachant les curiosités qu'il avait éveillées sur son chemin, Marion Sims s'était mis en devoir de les satisfaire, et dans les quelques dernières semaines de cette vie agitée, qu'il qualifiait lui-même de roman vécu, il avait écrit une autobiographie qu a singulièrement facilité la tâche d'un de ses élèves et admirateurs, le docteur Gill Wilie, auteur d'un *Eloge* lu à la Société médicale du comté de New-York, le 28 janvier 1884.

C'est sur ces références doublement autorisées que nous voulons donner au lecteur un aperçu de cette carrière étrange, faite de misère et de fortune, de déceptions et de triomphes, d'agitation, de luttes, de traversées et de déménagements.

Marion Sims est né dans un village obscur du comté de Lancastre, le 25 janvier 1813, d'une famille anglo-irlandaise émigrée en Amérique depuis un demi-siècle. Son père, qui connaissait tout le prix de l'instruction parce qu'il avait souffert des lacunes de sa propre culture, fit tous les sacrifices pour lui en assurer les bienfaits. Bien médiocres étaient les ressources de ce bourg perdu d'un millier d'âmes dont le magister, un brave Écossais, tenait son unique classe dans une misérable cabane. Mais on reçoit des ensei-

fonctions de la peau, il doit être donné aussi AVEC LA PLUS GRANDE RÉSERVE. C'est en prévision d'accidents possibles qu'il est important de *doubler* la puissance sudorifique de l'opium de celle des préparations ammoniacales *qui n'ont pas l'inconvénient de stupéfier,* tout en exagérant d'une manière particulière l'exercice des fonctions de la peau.

Cette association des deux médicaments n'est pas nouvelle ; elle a été établie par des hommes fort distingués, dans les épidémies cholériques antérieures, en 1832, 1849, 1854, 1865, etc.

C'est en raison de toutes ces considérations que, dans la formule que j'ai mise à exécution dans différents cas de choléra soumis à mon observation, on voit paraître, à côté du chloroforme et du sirop de morphine, l'acétate d'ammoniaque, comme correctif et comme très utile auxiliaire.

J'ai, dans cette formule, adopté comme préparation opiacée le sirop de chlorhydrate de morphine, c'est elle qui m'a paru convenir le mieux *à tous les points de vue,* comme étant la plus efficace et la mieux supportée, et je l'ai prescrite à une dose très modérée ; elle n'a pas d'ailleurs de goût appréciable, et son action *n'est pas neutralisée* par d'autres alcaloïdes de l'opium, tels que la codéine, la narcéine, etc.

5° EAU

Il peut paraître singulier que j'aie ici à faire l'éloge de l'eau, parce qu'elle n'a, quand elle est de bonne qualité, que des propriétés agréables pour tous. J'élimine les eaux distillées pour les mêmes motifs que pour l'alcool et le sirop de morphine, parce que certains estomacs sont réfractaires à des liquides d'un goût accentué, comme l'eau de mélisse, de menthe, de tilleul, etc., tandis que l'eau de bonne qualité est parfaitement acceptée de tous.

Je n'ai pas l'intention d'aborder aujourd'hui la suite du traitement de la période aiguë ; une fois la période de réaction arrivée, il est bien entendu que les médicaments stimulants, et surtout les narcotiques, doivent être employés alors avec la plus grande réserve et que le traitement doit se modifier suivant la marche des accidents : les *émissions sanguines,* les *révulsifs cutanés* prendront souvent, avec le plus grand avantage, la place du traitement de la période antérieure ; mais ces accidents sont tellement

---

gnements profitables dans tous les milieux, et, à 8 ans, Sims puisait d'un bien simple incident une leçon dont la portée a été décisive pour la conduite de toute sa vie. Un vieil ami de sa famille lui demande un jour le nom d'une certaine plante. L'enfant répond au hasard. « Mon ami, reprend le vieillard, une règle absolue de votre vie doit être que jamais vous n'ouvriez la bouche pour parler de ce que vous ne savez pas. » L'écolier se trouva profondément mortifié ; mais, ce qui était d'un esprit prématurément ouvert et réfléchi, il prit bonne note de l'observation, et « la parole du vieux Patterson, écrivait-il dans bien des circonstances graves, n'a cessé, pour mon plus grand bien, de retentir à mon oreille ».

A Lancastre et à Columbia, au collège de la Caroline du Sud, il poursuit ses études en élève laborieux, de conduite régulière, mais d'aptitudes très ordinaires. Son père voulait qu'il fît son droit ; il se décida pour la médecine, mais la vocation qui l'entraînait de ce côté n'était rien moins qu'irrésistible. D'un caractère flottant et indécis, d'une trempe molle, espèce psychologique bien rare en Amérique, il voyait approcher avec effroi les responsabilités de la vie d'homme et les incertitudes de l'avenir.

Il débutait, en médecine, avec un chirurgien local d'une certaine valeur, Churchill (Jones), par l'exemple et les leçons duquel s'éveillaient insensiblement chez le néophyte la curiosité de la profession et le goût de la chirurgie. Il passe un an au Collège médical de Charleston, une autre année à Philadelphie (Jepherson medical College), où il était gradué en mars 1835.

Son moral ne s'était pas encore tellement affermi qu'il ne fût toujours hanté de ces mêmes préoccupations craintives et paralysé par cette défiance de lui-même qui lui faisait porter sur sa personne ce jugement sévère : « Je me sentais absolument incapable

variés de forme, qu'il faudrait de longues pages pour traiter convenablement ce sujet qui, du reste, rentre dans le domaine de la pathologie ordinaire.

MOYENS EXTERNES.

Beaucoup de moyens externes ont été proposés pour amener le retour de la chaleur dans la période algide : les bains chauds simples, les bains additionnés de farine de moutarde ou d'autres excitants, les frictions vigoureuses, les briques chaudes, les bonnes couvertures de laine, etc. Ce qui m'a paru le plus simple, *et ce que je préfère*, c'est l'emploi de cruchons ou de bouteilles remplis d'eau bien chaude, qu'on garnit de linge pour modérer la température : *on en entoure le malade depuis les pieds jusqu'à la ceinture;* on obtient ainsi une température modérée, assez constante, qui aide beaucoup au retour de la chaleur. On a de la peine à faire supporter cet excellent moyen d'action : les malheureux malades, tourmentés par des crampes, se tordent, se ratatinent. Il *est indispensable pourtant* que cette partie du traitement SOIT TRÈS RIGOUREUSEMENT EXÉCUTÉE.

Tels sont les principaux moyens de traitement que quelques exemples de guérison, d'une rapidité étonnante, non douteuse, dans quelques cas très graves, m'ont engagé à produire au Congrès médical de Paris en 1867.

EPIDÉMIE DE CHOLÉRA A DAMAS (1875).

Lettres du docteur COSSINI.

Le 19 août 1875, l'*Union médicale* publiait une lettre qui lui était adressée de Damas par le docteur Cossini, au sujet d'une épidémie de choléra.

Cette lettre contenait une description fort émouvante de l'épidémie, et se terminait ainsi :

P. S. — Je saisis avec plaisir cette occasion pour vous déclarer, monsieur le rédacteur, que le seul remède qui m'a donné des résultats inespérés fut la potion au chloroforme uni à l'acétate d'ammoniaque de M. Desprez (de Saint-Quentin). Sur 10 cas graves algides avec cyanose et asphyxie commençante, extrémités contracturées, diarrhée et vomissements blanchâtres, urines supprimées et aphonie complète, 8 guérisons.

Cette lettre, imprimée le 19 août à Paris, me fut communiquée seule-

---

d'assumer les devoirs de la profession. J'avais bien quelques notions d'amphithéâtre et de médecine opératoire; mais la clinique était pour moi lettre morte, et mes connaissances étaient nulles en pathologie. »

C'est dans ces belles dispositions qu'il vient s'installer à Lancastre, où son père s'était retiré. Il ouvre son cabinet et attend..... Il attend quinze jours. On le réclame enfin pour un cas de choléra infantile. L'enfant meurt.

Quinze autres jours se passent; le second client se présente : encore un choléra infantile! C'en est fait cette fois s'il ne prend sa revanche; il ne lui restera qu'à quitter le pays. Acharnement du destin! Le second malade a le sort du premier. Marion Sims fait ses malles; profondément découragé, dégoûté de la médecine, à laquelle il aurait voulu renoncer s'il avait eu une situation indépendante, il quitte Lancastre sans regarder derrière lui, et part pour l'Alabama : « C'était un 13; les 13 m'ont toujours été favorables, comme les vendredis; je suis né un vendredi. »

Par bonheur, il rencontre dans son exode quelques personnes qui lui portent intérêt. On le réconforte, on lui remonte le moral; il consent à s'installer à Mount-Meigs, village à 20 milles de Montgomery, où il reprend la clientèle d'un collègue.

Une cure heureuse le met en relief; c'est un début à la Dupuytren. Un malade avait vu sept ou huit médecins sans soulagement. Il diagnostique un abcès abdominal, porte le bistouri sur la tumeur profonde, le pus jaillit; le malade est sauvé.

En 1836, dénouement d'un roman qui remontait à l'époque de sa scolarité à Lancastre, il épouse miss Theresa Jones, femme de cœur et d'énergie, qui exerça sur les actes de toute sa vie la plus salutaire influence.

En 1838, Blakey lui offre une participation dans la clientèle d'une agglomération de

ment vers la fin de septembre par M. le docteur Billout, inspecteur des eaux de Saint-Gervais. J'écrivis alors à M. le docteur Cossini, à Damas, en le remerciant de sa très intéressante et loyale communication, et je le priai de vouloir bien m'écrire à ce sujet.

Voici la réponse textuelle que M. le docteur Cossini m'a adressée de Damas :

Damas, le 10 novembre 1875.

Très honoré confrère,

Je ne crois pas avoir fait grand'chose pour vous, Monsieur, pour que vous me fassiez l'honneur de m'adresser des remerciements. Votre amabilité va jusqu'à vous donner la peine de m'envoyer trois exemplaires de votre mémoire sur le traitement du choléra asiatique. A dire vrai, je ne m'attendais pas que les quelques mots, relativement au traitement du choléra par vous préconisé, dits à la hâte, à la fin de la lettre que j'ai eu l'honneur d'adresser, le 4 août, au rédacteur en chef de l'*Union médicale* au sujet de l'épidémie de choléra actuel, devaient m'attirer votre sympathie et votre reconnaissance; car enfin, je n'ai fait que ce que tout autre médecin aurait fait à ma place; c'est-à-dire énoncer avec plaisir les beaux résultats obtenus par ce traitement, surtout quand on parvenait à l'employer dès le début de l'attaque. Aussi, c'est plutôt à moi de vous être reconnaissant; car certainement c'est à ce traitement que je dois d'avoir sauvé la plupart des cholériques que j'ai eu à traiter.

Mais je crois aussi de mon devoir de vous faire savoir que je dois des remerciements à mon ami M. Guys, consul de France à Damas. Sans lui, je n'aurais, jusque aujourd'hui, connaissance de votre traitement; c'est lui qui eut l'extrême obligeance de me le faire remarquer dans le Dictionnaire de M. Bouchut qu'il possède. A M. Guys donc tout le mérite et pas à moi.

La gravité de la maladie, très honoré confrère, fut terrible. Tout attaqué était voué à une mort certaine, et cela dans l'espace de sept à douze heures. Vous pouvez vous faire une idée de la violence de cette épidémie, quand vous saurez qu'en 60 jours, il est mort à Damas, ville de 140,000 âmes, 9,319 personnes. Vous comprenez dès lors qu'en présence d'un si terrible fléau, dont chaque coup donnait la mort, et devant l'insuccès des médications employées jusqu'alors, quel dût être mon empressement à essayer votre traitement qui me paraissait réunir tout ce qu'il y a de plus rationnel pour combattre avec quelque succès cette cruelle affection.

Voici, très honoré confrère, une courte relation, bien incomplète sans doute, mais assez exacte, de quelques cas graves algides :

Premier cas. — Femme turque âgée de 23 ans, souffrant depuis quelques jours de

---

riches plantations à dix milles de là, à Macon County. Mount Meigs était un pays malsain; il avait failli succomber à la malaria. Il accepta.

Il achète un lopin de terre, se construit une maisonnette. Deux enfants lui naissent. La situation est rémunératrice. Cependant il cède à on ne sait quel découragement en songeant encore à quitter la médecine, projet bientôt abandonné. C'est sa dernière révolte.

En 1840, il prend un refroidissement qui le met à la dernière extrémité. Ce climat lui est funeste. Les exigences de sa santé s'accordent à merveille avec ses instincts d'inquiète mobilité, ce besoin perpétuel de changement. Il émigre à Montgomery. Cette année, 1840, est une année critique et marque une ère dans sa carrière : « Je me voue désormais à la médecine, dit-il, sans arrière-pensée comme sans partage. Je donne mon chien et je vends mon fusil. »

Ses efforts sont récompensés. De 1840 à 1845, il acquiert une réputation de chirurgien habile qui lui attire des malades de toutes les parties de l'Etat. De cette époque datent ses premières publications : un article sur *un cas de bec-de-lièvre* (*Baltimore Dental Journal*, 1845), et un *Essai sur le trismus des nouveau-nés*.

En 1845, il voit une femme qui, à la suite d'un accouchement par le forceps, a conservé une fistule vésico-vaginale. Il ne s'était pas encore occupé de maladies des femmes. C'est le premier cas de cette nature qu'il rencontre; la question lui est absolument étrangère.

Il consulte les auteurs. On s'accorde à considérer l'infirmité comme incurable.

Sans doute il ne lui serait jamais venu à la pensée d'en appeler de cet arrêt, quand,

diarrhée, fut prise tout à coup, au milieu de la nuit, de vomissements persistants et de forte diarrhée.

A huit heures du matin, je vois la malade; elle est couchée dans le décubitus dorsal, yeux cernés, profondément enfoncés dans leurs orbites; absence du pouls radial, amaigrissement; urines supprimées; vomissements presque continuels; selles nombreuses, involontaires, riziformes; extrémités cyanosées; doigts contracturés; face couleur cendrée; crampes à l'épigastre et aux mollets; agitation; aphasique, mais pas aphone, poussant de temps en temps des cris aigus perçants; soif ardente; haleine froide, etc.

PRESCRIPTION :

Chloroforme	1	gramme.
Alcool	8	—
Acétate d'ammoniaque	10	—
Sirop de chlorhydrate de morphine	40	—
Eau	110	—

A prendre une cuillerée ordinaire toutes les deux heures. Entourer la malade de bouteilles d'eau chaude; frictions, glace à petits fragments.

Le soir, je revois la malade; elle n'a eu que trois vomissements. La diarrhée a diminué. Refroidissement moins prononcé. Le lendemain, amélioration notable. Un seul vomissement; retour de la sécrétion urinaire; pouls sensible; teinte cyanique presque disparue. Réaction. Les jours suivants, la maladie prend un caractère franchement typhoïde : pouls 120. Température axillaire, 41°. Face colorée; yeux injectés; double parotidite suppurant abondamment par les conduits auditifs externes, etc. Suspension de la potion stimulante, sangsues, cataplasmes.

Plus tard, injection hypodermique de sulfate de quinine, etc.; guérison au bout de quarante jours.

DEUXIÈME CAS. — Femme israélite, prise de choléra quinze jours après son accouchement. Adynamie profonde ; syncopes fréquentes ; sueurs visqueuses; refroidissement; yeux caves ; voix éteinte, etc., etc. Même traitement que dans le premier cas. Guérison au bout de trente jours.

TROISIÈME CAS. — Jeune homme de 18 ans, israélite, atteint de choléra grave algide ; même traitement. Guérison au bout de huit jours.

Ce serait me répéter que de vouloir vous décrire cinq autres cas graves, lesquels, soumis au même traitement, guérirent tous plus ou moins rapidement. Permettez-moi seulement quelques mots sur mes deux insuccès.

1° Cavass, du consulat de France, âgé de 48 ans, fumeur d'opium et de haschisch, est pris vers deux heures du matin de diarrhée abondante ; pas de vomissements. Je le

---

par une coïncidence singulière, un deuxième cas de fistule lui est soumis un mois après, puis un troisième! A ce coup, sa curiosité s'éveille et son initiative se pique.

Il donne à une de ces malades un lit dans une baraque au fond de sa cour, sorte d'hôpital rudimentaire où il soignait quelques nègres indigents, et dès lors il pâlit sur le problème.

Cette histoire est vraiment de celles qui accréditent l'idée d'une main providentielle faisant converger hommes et choses, par toutes les voies et à travers tous les obstacles, vers un but prémédité.

On l'appelle pour visiter une femme qui, précipitée de cheval et retombée sur le bassin, s'est fait une lésion grave. Il s'agit d'une rétroversion utérine. Il a l'idée de placer la patiente dans la fameuse position *knee-chest* (genoux-poitrine), et, réduisant l'organe, constate de quel jour est inondée la cavité vaginale, quelles facilités données à l'exploration et aux manœuvres. Son siège est fait. Il rentre chez lui en courant, achète en route une grande cuillère qu'il coude pour effacer le périné, explore incontinent sa malade, et, satisfait du résultat, écrit aux deux autres. Il trouve tout de suite six à sept malades à opérer et ajoute, pour les caser, un étage à son infirmerie. Alors commencent ses essais légendaires.

Pendant quatre ans, il opère; quatre ans, il échoue. La volonté de fer, l'indomptable ténacité du Yankee ont bientôt repris le dessus. Ses aides le quittent lassés; il se fait assister par les malades elles-mêmes qui gardent crédit au chirurgien. Son instrumentation paraissait complète, sa technique irréprochable. Il arrive à rétrécir les fistules, mais à les fermer point. La vue d'un fil de laiton lui suggère un jour son perfectionnement décisif. Il se fait fabriquer du fil d'argent par un orfèvre du voisinage; quelques

vois à 7 heures du matin ; il est couché sur le dos ; la surface du corps est glacée ; extrémités cyanosées, contracturées, complètement aphone, urines supprimées, yeux caves. Quand on lui crie à haute voix son nom, on voit au fond de ses orbites les globes oculaires s'agiter et faire quelques mouvements, ce qui indiquerait que l'intelligence n'est pas tout à fait abolie, ou du moins que l'audition est conservée. Pouls imperceptible, etc. Prescription : potion stimulante au chloroforme. Une cuillerée toutes les demi-heures, frictions avec un liniment ammoniacal, etc. Le malade se sent déjà mieux dès la seconde cuillerée ; à la troisième, la voix lui revient ; et comme il est assailli de pressentiments funestes, il demande à voir son consul pour lui dicter ses dernières volontés, ce qu'il fait d'une voix assez claire et intelligible. Néanmoins le refroidissement persiste, mais à un degré moins prononcé ; la diarrhée a beaucoup diminué. Cette rapide amélioration nous fait espérer une prompte et franche réaction. Malheureusement, le malade ne pouvant être gardé au consulat, il est transféré à l'hôpital militaire turc. On recommande à celui qui doit l'accompagner de faire tout son possible pour que sa potion lui soit administrée régulièrement jusqu'à complète réaction. Cela ne fut pas possible à obtenir. Les médecins ou le médecin de l'hôpital prétendit qu'il ne lui était pas permis d'accepter un traitement venant d'un médecin étranger, ne faisant point partie du service hospitalier. Malgré cette absurde opposition, le malade continua d'aller mieux ; il commençait même à prendre des aliments, quand il mourut subitement le sixième jour de sa maladie.

Je regrette qu'il ne m'ait pas été donné de suivre ce malade pour pouvoir me faire une idée de l'affection qui l'a emporté, et pour savoir, en même temps, à quel traitement il avait été soumis. Probablement, c'est à une complication cérébrale qu'il a succombé. Mais il est permis de soutenir aussi que les accidents cholériques atténués, pour un certain temps, par l'action stimulante de la médication, reprirent leur cours dès que celle-ci fut suspendue, et que si elle eût été continuée l'amélioration eût probablement persisté.

2° Jeune fille de 13 ans, non encore réglée, habitant, comme le Cavass, la maison consulaire, fut prise de choléra algide. Soumise au même traitement, l'amélioration ne tarda pas à avoir lieu. Malheureusement, diverses complications, entre autres une éruption scarlatiniforme couvrant toute la surface du corps entravèrent la marche de la réaction. La malade mourut d'une hémoptysie foudroyante.

Je puis encore vous citer, très honoré confrère, quinze autres cas graves auxquels ce traitement fut appliqué avec succès dans une sorte d'hôpital établi provisoirement pour des cholériques. De ces 15 cas, il y eut 10 guérisons et 5 décès. Parmi ceux-ci une jeune fille de 18 ans, atteinte de cachexie paludéenne, mourut, le huitième jour de sa maladie, d'une métrorrhagie.

Quoique la relation de ces quelques cas que j'ai l'honneur de vous envoyer, très

---

jours après, il obtient une guérison complète, et, au bout d'une quinzaine, il compte deux nouveaux succès. (Mai-juin 1849.)

Malheureusement, six semaines après sa première cure, il tombe malade. Epuisé par une diarrhée incoercible, il fuit Montgomery et pense mourir. Dans sa convalescence, il écrit au lit l'histoire de ses premières opérations, qu'il envoie à l'*American Journal of the medical sciences*, janvier 1852.

En 1853, sa santé était encore chancelante. Il se décide à quitter définitivement Montgomery et à aller demander à New-York la consécration définitive de sa renommée et de sa fortune. Mais il se heurte, dès l'arrivée, au mauvais vouloir, à l'hostilité déguisée ou ouverte des collègues en renom. Il démontre ses procédés, prête ses instruments, opère même; mais il reste à l'arrière-plan. Valentine Mott lui confie cependant une malade à traiter : il la guérit.

Il comprend qu'il n'arrivera à rien tant qu'il n'aura pas un service d'hôpital; mais tous les hôpitaux lui restent fermés; la coterie l'en éloigne et parvient même à l'isoler peu à peu de ses rares protecteurs. Désespérant de jamais vaincre les obstacles accumulés par la malveillance et l'envie, si sa femme n'avait encore une fois soutenu son courage défaillant, il abandonnait la partie.

Il organise un meeting dans lequel il se propose de démontrer à ses collègues la nécessité de la création à New-York d'un hôpital de femmes. Le meeting est tenu : il conquiert l'appui moral et les sympathies de presque toute la profession ; mais la tête de colonne se dérobe toujours. Un comité d'organisation est créé : il n'aboutit pas.

Il fallait se tourner d'un autre côté. Le docteur Stuart qui, dès le premier jour, ava

honoré confrère, soit incomplète, elle démontre pourtant d'une manière évidente la supériorité de votre traitement sur tous les autres vantés jusqu'aujourd'hui contre le fléau indien. Je puis vous assurer, sans vouloir vous flatter, que c'est le seul avec lequel j'aie pu sauver des malades qu'avec tout autre traitement j'aurais certainement perdus.

Veuillez agréer, très honoré confrère, l'expression de ma parfaite considération et me croire

Votre très dévoué,

Dr COSSINI.

Ces résultats étaient si brillants, on peut même dire si extraordinaires, si contraires aux idées reçues — en fait de traitement du choléra — que, dans ma réponse à cette lettre, je demandai au docteur Cossini s'il ne pourrait me donner une satistique approximative des résultats de sa pratique pendant cette terrible épidémie.

Voici sa réponse :

Damas, le 12 janvier 1876.

Très honoré confrère,

Je suis très heureux de voir que ma lettre du 10 novembre a pu vous être de quelque utilité. J'aurais désiré pouvoir vous envoyer une relation beaucoup plus détaillée de tous les cas que j'ai traités, ou que j'ai vu traiter par votre traitement. Malheureusement, j'étais alors souffrant et presque seul, au milieu d'une population affolée de terreur. En effet, très honoré confrère, la panique était arrivée à un tel paroxysme qu'il est bien difficile de se l'imaginer. En général, les malades étaient abandonnés à leur triste sort. Personne n'osait franchir le seuil de leur demeure pour leur venir en aide. Devant le péril, toutes les affections s'effacèrent et firent place à l'égoïsme le plus misérable. C'est ainsi que le père abandonnait son fils malade, la femme son mari, celui-ci sa femme, l'enfant ses parents, etc.

Dans cette confusion et en présence de scènes aussi lugubres qu'inouïes, aurais-je pu, un seul instant, songer à prendre des notes? A peine avais-je le temps de courir au plus pressé. Mais quelque ingrate que l'on puisse supposer ma mémoire, on ne lui refusera pas, je pense, d'avoir gardé au moins les principaux symptômes des cas que j'ai eu à traiter. Surtout, on ne voudra pas lui faire l'insulte d'avoir oublié le nombre des succès et des revers. Dans tous les cas, ceux qui guérirent sont là pour rafraîchir, à la rigueur, ma mémoire.

Vous pouvez donc, très honoré confrère, être persuadé que tout ce que j'ai eu l'hon-

---

chaudement épousé sa cause, lui dit : « N'attendez rien de vos collègues au delà d'un acquiescement platonique. Adressez-vous à la tête et au cœur de femmes intelligentes. »

Ce gracieux patronage fait enfin éclore l'œuvre. Mesdames Doremus et Cadwise entre autres se multiplient. Elles ferment l'oreille aux propos malveillants qui leur représentent Marion Sims comme un audacieux incapable, un charlatan éhonté, et la création projetée comme inutile et mort-née. Le 1er mai 1855, on inaugurait le *Woman's hospital*, Madison avenue 83, où les malades affluaient aussitôt. Après six mois d'exercice, Marion Sims réclamait un assistant, et au bout d'un an un plus vaste local était devenu nécessaire.

En 1861, Marion Sims vient en Europe pour la première fois. C'était, dans ses plans, un voyage d'agrément, de loisirs et d'instruction. Excédé de fatigue, l'état de sa santé réclamait ces vacances. L'accueil de ses collègues modifie sans doute son programme. A Dublin, il opère une fistule vésico-vaginale devant Fleetwood Churchill. A Edimbourg, même démonstration devant sir James Y. Simpson, qu'il ne paraît pas plus priser comme homme que comme chirurgien. Syme, en revanche, l'enthousiasme. A Londres, chez Spencer Wells, il éprouve le premier revers qu'eût donné sa méthode. La malade meurt en 6 jours : les uretères avaient été compris dans les sutures.

Il arrive à Paris en septembre. On n'y avait pas encore opéré, dit-il, une seule fistule avec un plein succès. Johnson le présente aux maîtres de la chirurgie. L'accueil est partout sympathique. Il opère chez Huguier à Beaujon, devant Nélaton ; à Saint-Louis, chez Verneuil ; à l'Hôtel-Dieu, chez Laugier ; à la Charité, chez Velpeau, où il guérit une jeune femme opérée 17 fois par Jobert de Lamballe.

neur de vous dire dans ma lettre du 10 novembre est de la plus exacte vérité. A l'occasion, M. Guys, notre consul, ne se ferait pas faute d'en donner son témoignage.

Je ne puis non plus, comme on l'a dit, attribuer tout ce beau résultat au hasard. Cette manière de raisonner, aussi absurde qu'illogique, ne serait en réalité que la négation absolue de toute action thérapeutique des médicaments.

Je suis donc convaincu que les guérisons presque incroyables que j'ai obtenues sont dues à la potion stimulante au chloroforme composé.

Mais de quelle manière agirait-il, le chloroforme composé, pour faire cesser les terribles symptômes de l'attaque cholérique? Voilà une question, très honoré confrère, à laquelle mes faibles forces ne me permettent point de répondre. Vivant parmi des sauvages, il est bien naturel que je le sois devenu un peu moi-même; par conséquent, permettez-moi de laisser de côté la question purement scientifique, d'ailleurs si bien traitée par vous dans votre mémoire présenté à la Société de médecine de l'Aisne, séance du 17 octobre 1867.

En humble praticien, je n'ai voulu faire autre chose que porter à la connaissance de ceux qui ont mission de combattre ce terrible fléau les résultats avantageux de ma modeste pratique en cette circonstance, d'autant plus qu'*avec tout autre traitement je n'ai eu que des insuccès.*

Ainsi, très honoré confrère, permettez-moi de vous dire encore une fois que, sur dix cas de choléra graves algides, j'ai obtenu, par la potion au chloroforme composé, huit guérisons; et que, sur quinze autres aussi graves, traités par la même méthode, à l'hôpital civil, il y eut dix guérisons.

Je ne veux point parler de bien d'autres cas auxquels ce traitement fut ordonné, parce que je ne suis pas sûr qu'il ait été suivi.

Veuillez agréer, très honoré confrère, l'assurance de ma parfaite considération et me croire

Votre tout dévoué

Dr Cossini. (*A suivre.*)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 26 juillet 1884. — Présidence de M. Polaillon

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et approuvé.

La correspondance comprend les journaux de la quinzaine : *Progrès médical*, *Compte*

Entre temps il fait une pointe sur Bruxelles. Rentré à Paris avec l'intention de pousser jusqu'à Vienne, Nélaton le prie de voir une de ses malades. Celle-ci vient s'installer à Paris, et le traitement préparatoire se prolonge si longtemps qu'il renonce à son voyage en Autriche. C'est cette malade, d'exemple mémorable, que Nélaton réveilla d'un sommeil chloroformique alarmant en la suspendant la tête en bas.

Repassant l'Atlantique, Marion Sims trouve son pays en proie aux horreurs de la guerre civile ; il a hâte d'assurer la sécurité de sa famille qu'il embarque sur le *Great-Eastern* (juillet 1882). Son intention était si bien arrêtée de ne passer à Paris que quelques mois d'été, qu'il avait pris un aller et retour. Mais il eut la satisfaction de constater que ses cures avaient fait tant de bruit depuis son départ qu'une situation brillante lui était assurée dans la capitale. C'est dans ses loisirs de Baden-Baden, où il soignait lady Hamilton, qu'il commença ses *Notes cliniques de chirurgie utérine*, tout d'abord travail de délassement et de faible portée, qui prit peu après les proportions d'un livre.

Marion Sims reste jusqu'en 1868 en Europe, mais non pas, infatigable voyageur, sans faire plus d'une apparition à New-York. En 1869, il publia dans le *New-York medical Journal* un article *Sur l'emploi du microscope dans le diagnostic et le traitement de la stérilité.*

En 1870, nous le retrouvons, à Sedan, chirurgien en chef de l'ambulance anglo-américaine.

Dans l'hiver de 1871-72, il préside à la réorganisation de l'*hôpital des femmes*, divisé en quatre services, tenus par Th. Addis Emmet, Gaillard Thomas, Raslee et lui-même. Mais des tiraillements se produisent à propos de l'interdiction des cancéreuses et de la

rendu général des Académies et Sociétés médicales, — *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux,* — *Annales des maladies des organes génito-urinaires,* — *Concours médical,* — *Revue médicale d'hydrologie pyrénéenne,* — *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale,* — *Journal d'hygiène,* — *Journal des sages-femmes.*

M. Deligny remercie la Société de lui avoir conféré le titre de membre titulaire.

M. de Beauvais lit, au nom de M. Duboué (de Pau), membre correspondant, un mémoire sur la *physiologie pathologique du choléra et son traitement préventif et curatif,* et dont voici les conclusions abrégées. (Le mémoire est renvoyé au comité de publication.)

Les lésions produites par le choléra consistent presque exclusivement en des desquamations épithéliales multiples et étendues, siégeant sur les muqueuses, les séreuses et la paroi interne des vaisseaux. Ces desquamations amènent la filtration rapide du sérum sanguin dans l'intestin, sorte d'hémorrhagie séreuse amenant la période algide.

La principale indication à remplir dans le traitement préventif consiste à raffermir le tissu épithélial. De toutes les substances jouissant de cette propriété, la plus inoffensive est le tannin. On le donnera chaque jour préventivement à faibles doses, qui seront triplées ou quadruplées en cas de diarrhée. Il y aurait avantage à mêler aux désinfectants recommandés de la poudre de tan qu'on répandra dans les rues, les cabinets d'aisances, etc.

En cas d'algidité, on fera des injections intra-veineuses d'un sérum artificiel auquel on ajoutera 1 gramme de tannin par litre.

M. Abadie : Le travail de M. Duboué est surtout théorique; il me semble avoir été écrit dans les méditations du cabinet, et il a surtout le défaut de ne pas tenir compte des découvertes modernes, et surtout de l'existence du bacille du choléra. Il y a quelques années, on discutait sur la granulie, la pneumonie caséeuse, etc.; la découverte du bacille de la tuberculose a fait évanouir tous ces dissentiments théoriques. Il doit en être de même pour le choléra, et il est à croire que la découverte de l'existence du bacille mettra fin aux discussions théoriques, et, en nous faisant mieux connaître la maladie, nous permettra alors d'instituer un véritable traitement prophylactique et curatif.

Jusqu'ici, les traitements prophylactiques médicamenteux n'ont rien donné; l'arsenic à petites doses, le cuivre n'ont conféré aucune immunité certaine, et je ne sais si on sera plus heureux en employant le tan, comme le propose M. Duboué.

Ce qui est certain, c'est que, depuis la découverte du bacille, nous avons des données positives; nous savons que le tube intestinal en est le lieu d'élection et le siège exclusif dans les cas aigus; que les déjections, les vomissements renferment ces éléments conta-

---

limitation du nombre des visiteurs ; il donne sa démission. Cette époque est une des plus tourmentées et des plus décriées de la carrière du chirurgien.

En 1872 et 1873, il traite, dans le *New-York medical Journal : De la septicémie dans l'ovariotomie;* en 1874, dans le même journal : *Des fibromes intra-utérins.*

En 1875, il est président de l'Association médicale américaine et lit une adresse sur *la prophylaxie de la syphilis en Amérique.*

L'année 1877 le revoit en Europe après qu'il est allé installer son fils à San-Francisco. Il s'est rallié au pansement de Lister, mais en rejette le spray. Il opère un malade à la suite de l'anesthésie par le bromure d'éthyle et communique le cas à l'Académie de médecine.

En 1879, il est de nouveau à New-York, où il publie divers travaux : *Traitement de la sténose du col de l'utérus* (*American gynecolog. Transactions,* 1878) et *Traitement de l'épithélioma du col de l'utérus* (*American journal of Obstetrics,* 1879).

En décembre 1880, par un froid assez vif, il cède sa place dans son brougham à deux dames, et prend place sur le siège à côté du cocher. Cette prévenance est récompensée par une attaque de pneumonie typhoïde qui le mit à deux doigts de la mort. Il était mauvais malade, indocile, rétif aux remèdes. Dans son long délire, il ne rêvait que chirurgie, instruments, perfectionnements opératoires. Il fallut un voyage dans le Sud pour achever sa convalescence, et il cédait encore à des préoccupations de santé lorsqu'en juin 1880, il repassait en France et s'installait pour passer l'hiver suivant dans le Midi.

Rentré à New-York en septembre 1882, s'il était délivré de tout souci relativement aux suites de sa pneumonie, quelques désordres du côté du cœur remontant à l'époque

gieux; nous pouvons donc, en les détruisant immédiatement, nous mettre de ce côté à l'abri de la contagion. C'est là un fait acquis.

La contagion se fait-elle par l'air? La question est encore irrésolue; ce qui est certain, c'est que, dans ce cas, elle ne se ferait qu'à très petites distances.

M. Koch a vu jusqu'ici le microbe adulte développé dans le tube intestinal; mais nous ignorons encore quelle est la biologie, la genèse de ce microbe, comment se comportent ses corpuscules-germes. On sait que, pour le charbon, les virus-vaccins, leurs diverses atténuations donnaient des résultats parfois contradictoires, qu'il était impossible d'expliquer avant la découverte des corpuscules-germes, de leur vitalité différente de celle du microbe adulte, de leur résistance plus grande à certains réactifs. En raisonnant par analogie, on peut admettre comme probable qu'il en est de même pour le choléra, et bien des faits qui paraissent contradictoires s'expliqueraient par la dissémination de corpuscules-germes à vitalité plus résistante que celle du bacille adulte.

Ce qui est surtout à retenir, c'est l'importance de la présence du bacille au point de vue prophylactique; il se trouve dans les déjections; en détruisant celles-ci dès qu'elles se produisent, on arrêterait certainement la marche du fléau.

Une autre question qui se présente, c'est celle de réceptivité, de l'aptitude de certains organismes à être plus facilement attaqués par tel ou tel virus. A quoi tient-elle? On pourrait le trouver par la voie expérimentale. Les expériences de Pasteur sur le charbon sont là pour encourager dans cette direction; il a démontré que les rats et les poules, qui passaient pour réfractaires, sont infectés quand préalablement on soumet les premiers à une alimentation exclusivement végétale, et les secondes à un abaissement de température.

On peut conclure de ces expériences, d'une façon générale, que l'individu mal alimenté, ou celui dont la température est abaissée, dont les forces vitales sont languissantes, se trouve dans des conditions plus favorables qu'un autre pour être infecté.

Je crois que c'est de ces faits qu'il faut tenir compte, et que, plus que des considérations théoriques, ils nous indiquent la voie à suivre.

M. Jules Besnier : J'adresserai au travail de M. Duboué des objections d'un autre ordre que celles que vient de faire M. Abadie; et auxquelles, d'ailleurs, je souscris d'autant plus volontiers, que les remarques de notre collègue sur l'importance de la découverte du bacille en virgule de Koch, en admettant que ce soit bien là la cause du choléra, sont pleines de promesses pour l'avenir. Quant à présent, que ce bacille pénètre par la voie digestive ou par la voie pulmonaire, il n'en est pas moins vrai, qu'une fois la première période, période prémonitoire ou prodromique, du choléra passée, il survient un état général qui constitue la période algide, et qui se manifeste par des phénomènes multiples, dont il faut tenir compte suivant le plus ou moins d'importance qu'ils peuvent avoir. Pour M. Duboué, et en cela il n'est pas le seul, qu'il s'agisse ou non d'une des-

---

de son séjour à San-Francisco, où il avait ressenti de vagues symptômes d'angine de poitrine, étaient venus inquiéter ses amis. Il prend le temps de composer un mémoire *Sur le traitement des blessures de l'abdomen par coup de feu*, et revient hiverner à Rome.

A son retour, en juillet 1883, il commençait sa biographie. L'éternel nomade ne devait que toucher terre. Ses préparatifs étaient faits en vue d'un nouveau voyage en Europe au commencement de l'hiver. Son départ fut retardé d'une semaine : il s'agissait d'une importante opération à faire avec son fils. Il va voir la malade le 13 novembre; en rentrant, il tousse beaucoup, prend de la morphine et se couche. Il avait l'habitude singulière d'écrire la nuit, sans lumière, la tranche d'une brochure guidant son crayon sur le papier. A trois heures du matin, il écrivait à sa façon accoutumée, lorsqu'il se redresse sur son séant, tombe à la renverse et meurt sans proférer une parole.

L'autopsie montra une dégénérescence athéromateuse des artères coronaires.

Comme homme privé, Marion Sims, franc, ouvert, de belle humeur, sans fiel, commandait la sympathie. A table, où il ne prenait ni thé, ni vin, ni café, il s'animait et parlait de verve, traitant avec une prédilection particulière les questions de théâtre. D'une certaine vivacité dans la discussion, rarement agressif, mais prompt et rude à la riposte, il y apportait une complète sincérité et une indépendance absolue, toujours prêt à faire amende honorable dès que son erreur était démontrée.

Comme chirurgien, le moment n'est pas encore venu où il peut être jugé avec équité. On ne peut cependant, dès à présent, nier les voies fécondes ouvertes par lui à la spécialité.

R. Longuet.

quamation épithéliale des capillaires ou de la muqueuse digestive, c'est de la déperdition des liquides par l'intestin que dépendent, exclusivement pour ainsi dire, l'état du sang et tous les troubles morbides de cette période.

Pour nous, d'après les faits que nous avons observés, en 1865, dans le service des cholériques à l'hôpital Saint-Louis, et que nous avons consignés dans notre thèse (1); il nous a paru évident qu'il n'en était pas ainsi dans tous les cas, et qu'il y avait lieu, dans cette même période algide, de distinguer, d'après la prédominance de certains symptômes, à côté de la forme commune, dans laquelle tous les troubles morbides marchent de pair et vont en s'aggravant progressivement, trois *formes principales* et qui sont *graves d'emblée;* à savoir : 1° la forme *gastro-intestinale* (choléra adynamique, lent ou terne de Magendie), caractérisée par la prédominance des évacuations par haut et par bas, tandis que les autres troubles morbides font défaut ou ne se montrent qu'avec une certaine lenteur, et dans laquelle l'algidité est bien le fait de la déperdition des liquides et de l'état du sang, que cette déperdition entraîne ; 2° la forme *cérébro-spinale* (nerveuse de Chomel, spasmodique de Magendie, choléra asphyxique, rapide), caractérisée par la prédominance et la généralisation des crampes et des spasmes, qui portent non seulement sur les membres et le tronc, mais encore jusque sur les bronches (crampe des bronches), et déterminent ainsi une cyanose intense et rapide et une gêne profonde de la respiration ; tandis que les évacuations ont été relativement peu abondantes et sont parfois complètement suspendues, et que les troubles circulatoires périphériques contrastent avec la force persistante des battements cardiaques ; dans cette forme, la déperdition des liquides ne joue plus qu'un rôle accessoire dans la production de l'algidité, qui est alors liée surtout aux troubles nerveux et respiratoires; 3° la forme *cardiaque*, caractérisée par une adynamie profonde du cœur, c'est-à-dire par un affaiblissement de plus en plus marqué des battements cardiaques, qui finissent par ne plus s'entendre pour ainsi dire; tandis que les évacuations ont été et sont peu abondantes, et que les troubles nerveux sont à peine accusés, et les troubles respiratoires presque nuls; dans cette forme, dont nous avons cité plusieurs observations, l'algidité tient avant tout à une adynamie cardiaque qui est alors le phénomène le plus frappant. Chacune de ces formes, ou états organopathiques prédominants, se montre dès le début de la période algide avec tous ses caractères; chacune a son évolution particulière, c'est-à-dire son mode de terminaison fatale ou de réaction, et jusqu'à un certain point des lésions macroscopiques différentes; de même, elles ont des sujets auxquels elles s'adressent de préférence, leur moment d'apparition dans le cours de la même épidémie, et vraisemblablement leur plus ou moins grande fréquence suivant les épidémies. Dans ces différents cas, les indications thérapeutiques sont nettes et précises, mais difficiles à remplir par des moyens efficaces, car ce sont les formes les plus graves et les moins traitables, mais aussi les plus rares.

Dans la forme commune, ou le choléra ordinaire, *proportionné* si je puis ainsi dire, les troubles morbides dont il vient d'être question sont réunis au même degré, en harmonie (Decori), et concourent chacun pour une certaine part à l'établissement et à la persistance de l'algidité. Dans ces cas, sans doute, les évacuations intestinales ont une importance capitale; et ce qui le prouve bien, c'est que lorsque l'on parvient à les arrêter ou à les modérer soit par l'ipéca, soit par les opiacés, les absorbants ou les astringents, la réaction s'obtient le plus souvent facilement. Mais il n'en est pas toujours ainsi ; à côté des cas légers, il y a des cas déjà graves, dans lesquels l'algidité ne cède pas après la diminution ou la cessation des vomissements ou des évacuations intestinales; alors les autres troubles morbides entrent plus manifestement en jeu, l'algidité va en s'accentuant, et la situation devient des plus complexes.

Dans ces cas, graves secondairement, il y a toujours lieu de se demander, en l'absence de la prédominance des évacuations, si c'est l'état du sang ou du cœur, celui des poumons ou du système nerveux qui domine et contre lequel il faut diriger plus spécialement le traitement; les indications sont alors non seulement difficiles à remplir, mais encore difficiles à saisir, et d'autant plus qu'elles changent pour ainsi dire d'un moment à l'autre. En présence de ces formes si différentes, de cette multiplicité de symptômes graves, qui n'expliquent que trop notre impuissance dans bien des cas, c'est faire fausse route, pensons-nous, que de n'opposer à la période algide, même ou plutôt surtout prise au début, qu'un même mode de traitement.

Dans les cas légers, le tannin proposé par M. Duboué pourra réussir comme tant d'autres prétendus spécifiques; dans les cas graves, il échouera forcément. Dans ces derniers, réduits, comme nous le sommes jusqu'à présent, à la médication des symp-

(1) J. Besnier. *Recherches sur la nosographie et le traitement du choléra épidémique, considéré dans ses formes et ses accidents secondaires* (thèse 1867).

tômes, c'est à ceux qui prédominent et sont le plus immédiatement menaçants qu'il faut s'adresser avant tout. Ainsi, dans la forme nerveuse ou spasmodique, par exemple, c'est aux sédatifs du système nerveux (opium, bromure de potassium, belladone) qu'il faut surtout recourir, et notamment aux injections hypodermiques de morphine, si la circulation périphérique persiste encore; c'est aussi dans ces cas que les sudations hydrothérapiques ont donné à Bouley le plus de succès en 1865; dans ces mêmes cas, les applications de glace le long de la colonne vertébrale, les pulvérisations d'eau glacée dans les bronches, que nous avons vu non seulement être acceptées, mais encore réclamées avec instance par des malades, nous ont paru avoir des effets très manifestes. Par contre, les astringents, les absorbants, sont restés sans action appréciable; l'ipéca, qui réussit parfois si bien dans les formes communes, nous a paru alors complètement efficace, sinon nuisible; et les injections intra-veineuses, que certains auteurs semblent mettre en avant comme dernière ressource dans tous les cas graves ou parvenus à la dernière période, ne donneront alors vraisemblablement que peu de résultats.

Quant au traitement prophylactique individuel par le tannin que propose également M. Duboué, non seulement il nous paraît inutile, mais encore nous craignons qu'il ne soit dangereux, en ce sens que le tannin, dont l'action sur le bacille du choléra reste à démontrer, peut amener la constipation, qui, en s'opposant à la diarrhée prémonitoire et en retenant dans l'intestin les liquides favorables à la pullulation de ce bacille, peut exposer les sujets à prendre d'emblée les formes graves de la maladie. Peut-on adresser le même reproche au cuivre proposé depuis si longtemps par le docteur Burcq? La question ne me paraît pas aussi facile à trancher que l'admet M. Abadie. Dans le système du docteur Burcq, il y a deux faits à distinguer : l'imprégnation cuivrique de longue date chez les ouvriers qui manient ce métal, et qui paraît les mettre à l'abri du choléra; et l'imprégnation, obtenue artificiellement et plus ou moins rapidement en temps d'épidémie cholérique, par l'administration quotidienne *intus et extra*, de doses plus ou moins élevées de préparations cuivriques. Autant la première paraît admissible d'après les faits invoqués à son appui, autant la seconde est jusqu'ici aléatoire et hypothétique, quant à son efficacité; peut-être même n'est-elle pas aussi exempte de dangers que le docteur Burcq veut bien le dire.

M. Duroziez félicite M. Duboué de s'adresser à un médicament aussi peu dangereux que le tan. Tous les traitements préconisés contre le choléra sont insuffisants; bien plus, il m'a semblé qu'ils amenaient une période typhoïde, des rechutes, auxquelles succombaient des malades qui se seraient peut-être tirés d'affaire sans traitement. Toutes ces méthodes ont donné la même mortalité. Pour mon compte, j'ai retiré des avantages de l'emploi de la glace, à son défaut de l'eau pure à haute dose.

Il m'est impossible, à cette occasion, de ne pas protester contre l'affolement dont on est saisi actuellement, jamais nous n'avons été autant troublés ; jamais on n'a fait peur autant à toute une population. Les précautions dont on redouble ne font qu'augmenter cet affolement. On a exagéré les dangers de la contagion par les selles. En 1849, nous faisions plusieurs autopsies de cholériques par jour ; aucun de nous n'a été malade. La connaissance plus intime que nous avons actuellement du choléra nous rend plus craintifs, et cela est d'autant plus étonnant que l'épidémie actuelle a une tendance bien peu marquée à se propager.

M. de Beauvais : Je tiens à rappeler que les médecins n'ont pas échappé à la contagion, qu'en 1849 presque tous les internes de la Salpêtrière ont succombé. Quant à la manière dont se fait la contagion, je peux citer l'exemple d'un médecin qui avait échappé successivement à deux épidémies de choléra ; il se servit de lieux d'aisances dans une maison où il y avait un cholérique et où on n'avait pris aucune mesure de désinfection ; le soir même, il était pris d'une violente attaque de choléra.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire annuel : Apostoli.

COURRIER

MM. les docteurs Paul Gibier et Edgard Bérillon, de la Faculté de Paris, sont officiellement désignés par le ministère de l'intérieur pour aller remplir une mission médicale dans le département du Var.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

N° 117 L'UNION MÉDICALE Dimanche 17 Août 1884.

Sommaire

Des déformations goutteuses et de leur traitement (1),

Communication faite à la Société de médecine de Paris dans la séance du 24 mai 1884,

Par le docteur P. Bouloumié.

Les eaux minérales et thermales. — Parmi les eaux minérales, celles qui me paraissent convenir le mieux et le plus généralement au traitement de la goutte et des goutteux sont les eaux alcalines faibles; mais comme il est, à tous égards, délicat pour un médecin exerçant dans une station intéressée de témoigner ses préférences, je laisse ici parler M. Lecorché : « Les eaux de Contrexéville, de Vittel et de Capvern sont, de toutes les eaux, les deux dernières surtout, celles qui nous ont donné les résultats les plus satisfaisants dans la diathèse urique. Par le fait de leur administration, nous avons vu les attaques de goutte perdre de leur intensité et s'espacer. »

Les eaux alcalines fortes, celles de Vichy notamment, ont des indications plus spéciales et des contre-indications plus nombreuses, et, sans vouloir rappeler l'opinion de Trousseau sur les dangers de leur emploi dans la goutte, on peut dire qu'elles présentent les inconvénients corrélatifs de leur richesse en principes minéralisateurs. S'appliquant surtout avec avantage aux cas de goutte aiguë chez des individus vigoureux, elles ne sont pas particulièrement indiquées dans le traitement des déformations qui ne surviennunt guère qu'après une assez longue durée de la maladie. Les bains eux-mêmes, qui sembleraient devoir agir comme résolutifs, sont aujourd'hui à Vichy peu employés chez les goutteux, quels qu'ils soient.

Les eaux thermales, à minéralisation faible, de Plombières, Luxeuil, Bains, Néris, ont donné de bons résultats dans les formes névropathiques. Je mentionnerai particulièrement Plombières, parce que j'ai constaté par moi-même les bons effets de l'emploi de ses eaux dans le cas où la goutte emprunte les allures cliniques du rhumatisme, et dans ceux où elle laisse après les accès des raideurs et des douleurs articulaires de longue durée. J'ai obtenu, en pareil cas, des améliorations très considérables et durables par une cure à Plombières faite suivant les circonstances avant ou après une cure à Vittel.

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 3 août.

FEUILLETON

CAUSERIES

Je serais bien embarrassé aujourd'hui pour faire ma causerie de quinzaine, si je n'avais reçu de Copenhague une série de notes que je vais essayer d'utiliser. Semblables aux paroles gelées dont parle Rabelais, et qui dégelaient à la chaleur du soleil, formant des phrases décousues, ces notes sont un peu sans suite; mais, dans une conversation, cela n'a rien de désagréable, et pour peu qu'on ait une cigarette à la bouche, les pauses que l'on fait en parlant servent à aspirer un peu de fumée et à empêcher la cigarette de s'éteindre. Faisons donc ici une pause.

*
* *

La comparaison des paroles gelées et dégelées est ici en situation, car, si je ne me trompe, Copenhague est dans les pays du Nord, non loin des lieux géographiques où Panurge les entendit et les transmit à son ami, maître Alcofribas Nasier. Si j'en crois mes notes, il fait en ce moment, dans ce pays, un temps charmant et chaud qui rappelle tout à fait à nos compatriotes qui s'y trouvent les beaux jours et le beau ciel de leur France.

Ils ont d'ailleurs d'autres motifs de se croire en France, car ils y ont été accueillis avec la plus grande cordialité, et partout où ils vont, ils entendent parler leur langue.

Les eaux thermales chlorurées sodiques de Salins, Salies, Bourbonne, Bourbon-l'Archambault, Bourbon-Lancy, ont une action très manifestement favorable contre les tuméfactions, les engorgements articulaires, les raideurs qui les accompagnent, mais particulièrement chez les sujets lymphatiques. J'ai observé un certain nombre de malades qui, en pareil cas, ont fait avec succès usage alternativement de deux ans l'un, des eaux de Bourbon-l'Archambault, Bourbon-Lancy, Bourbonne et des eaux de Vittel.

Les eaux thermales à minéralisation faible, de même que les eaux thermales chlorurées sodiques s'employant spécialement pour l'usage externe, ne peuvent en aucun cas être absolument substituées à celles qui, prises à l'intérieur, agissent plus directement sur la cause des manifestations goutteuses; mais, aidées par une médication interne appropriée, elles ont une action réelle sur les désordres articulaires nés de la goutte et sur la marche de la goutte elle-même.

Les eaux sulfureuses sont contre-indiquées dans la goutte; les eaux d'Aix (en Savoie) ont pourtant acquis, en Angleterre surtout, une certaine renommée dans le traitement du rhumatisme goutteux (?) de la goutte rhumatismale (?). Très abondantes, d'une thermalité élevée, très peu sulfureuses, employées concurremment avec un massage spécial, sorte de pétrissage général; utilisées aussi en bains et douches de vapeur, elles se prêtent, en effet, au traitement des formes mixtes et amènent souvent la résolution des fausses ankyloses qui les caractérisent. Leur emploi doit être formellement proscrit dans la goutte franche.

Bains et douches simples et bains minéraux artificiels. — N'ayant, à vrai dire, obtenu aucun résultat sérieux de ces moyens, je ne les signale que pour attester les mécomptes qu'ils m'ont procurés. — D'une manière générale, du reste, on peut dire, exceptant les cas de balnéation thermo-minérale, que, moins on mouille les goutteux, mieux cela vaut; aussi mon confrère M. Patézon et moi avons-nous proscrit les bains et les douches à nos goutteux en traitement à Vittel et ais-je pris l'habitude de conseiller à mes malades de ne prendre jamais que des bains extrêmement courts, pendant lesquels on leur fait une friction savonneuse au gant de crin suivie, dès que la peau est bien lavée et rapidement essuyée, d'une friction générale à l'eau de Cologne, ou un alcoolat aromatique quelconque. En Angleterre, les bains locaux, bains de pieds au carbonate de potasse, quelquefois de soude, sont en honneur, si j'en juge par la pratique de plusieurs de mes malades, qui se servent souvent de ce moyen, même au début de l'accès de goutte; je n'ai vu que des désavantages à cette pratique, et je n'ai rien trouvé d'encourageant dans les résultats qui m'en ont été signalés.

Je n'ai pas essayé les lotions à l'eau salée, si vantées par Scudamore et rappelées par Garrod. Je recommande aux malades les mêmes précautions pour les lotions locales que pour les lotions générales.

Bains de sudation, bains de vapeur simples ou aromatiques. — Je n'ai pas obtenu de

---

Dans les séances générales et dans les séances de sections, les Danois parlent toujours le français, les Russes également, quelques Anglais aussi, les Allemands, parfois, font comme tout le monde, bien que leurs communications aient lieu dans leur langue le plus souvent.

Les Danois, peut-être par sympathie pour nous, ce que je suis très porté à croire, ou parce que le français est à peu près connu, compris ou parlé par tous les médecins, ont beaucoup étudié notre langue depuis qu'il a été décidé que le présent Congrès aurait lieu à Copenhague. Un certain nombre de nos confrères ont même pris des institutrices françaises; mais, résultat inespéré, ces leçons de notre langue ont abouti pour trois d'entre eux à un mariage. On n'étudie pas impunément la grammaire avec une institutrice, surtout lorsque l'élève est plus âgé que la maîtresse; mais lorsque celle-ci est Française et qu'on arrive au verbe *aimer*, qu'il faut répéter sous toutes ses formes, à l'actif et au passif, il est bien rare que l'élève puisse y résister. Nos confrères danois en ont fait la douce épreuve. Ne les en plaignons pas trop.

***

Un de nos abonnés qui assistait lundi à la séance de la section de gynécologie nous écrit qu'il s'y est passé un incident assez fâcheux. M. Eustache, professeur à la Faculté de medecine catholique de Lille, faisant une communication sur l'opération césarienne, dit qu'on a fait deux fois, à Lille, cette opération avec succès. Un autre médecin de la même ville, M. Papillon, connaissait les deux faits : or, l'un d'eux s'était terminé par la mort, et M. Eustache ne pouvait pas l'ignorer, puisque le bassin de la patiente avait été ensuite déposé dans le musée de la Faculté. M. Papillon le prend donc en particulier et

l'emploi de ces moyens les résultats que j'en attendais; je sais pourtant qu'ils en ont donné de favorables. Ils me paraissent ne pouvoir être conseillés que dans certains cas spéciaux; ils doivent être employés avec plus de prudence et de douceur que ne le font généralement les malades; ils doivent enfin n'être pris que par des malades consentant à consacrer trois heures environ à leur application et au repos au lit, dont ils doivent être suivis. Mes malades n'ont jamais consenti à prendre régulièrement ces précautions.

Moyens locaux. — Le traitement de l'accès ayant, comme celui de la maladie constitutionnelle, une importance capitale dans la prophylaxie et le traitement des désordres articulaires ou périarticulaires consécutifs, je dois, après avoir parlé du traitement interne de la goutte et de ses paroxysmes, dire un mot des moyens locaux à employer pendant la durée de ceux-ci. Après bien des essais personnels et bien des renseignements pris sur les résultats obtenus par d'autres, j'emploie aujourd'hui généralement comme topiques, dans l'accès de goutte franc : au début, un badigeonnage avec le laudanum, puis une onction avec le baume tranquille, et l'enveloppement avec de l'ouate recouverte de toile gommée; parfois je substitue au laudanum l'extrait de belladone et je continue l'emploi de celui qui paraît calmer le plus la douleur; la tuméfaction produite, je continue les applications calmantes et je supprime la toile gommée, ne voulant pas abuser de la transpiration et de la macération locale qu'elle provoque. J'ai essayé, sans grand succès jusqu'à présent, à cause des difficultés d'application et de maintien, de moyens d'immobilisation, espérant éviter ainsi la tension musculaire spasmodique et les secousses qu'elle communique par intervalles, ainsi que les mouvements quelconques qui exaspèrent les douleurs, mais je reste convaincu qu'il y a là quelque chose à faire.

Quand on a affaire à des accès de goutte qu'on sait être très douloureux et ne donner lieu que tardivement à la tuméfaction à la suite de laquelle survient un calme relatif, un moyen qui a répondu à mon attente a consisté dans l'application du laudanum ou de l'extrait de belladone, l'onction huileuse et, par dessus, l'application d'un cataplasme léger recouvert de la toile gommée. La tuméfaction fluxionnaire s'est alors produite plus rapidement, et les douleurs ont été moins intolérables et de moins longue durée. La tuméfaction produite, j'ai agi comme dans les cas ordinaires. Dans certains cas de goutte à manifestations subaiguës, j'ai vu les malades enrayer promptement les douleurs par des applications révulsives répétées de liniments ammoniacaux chloroformés, térébenthinés et camphrés, mais c'est là un moyen aussi incertain que les pommades et topiques spéciaux dits spécifiques par ceux qui les vendent.

Le gonflement établi et les douleurs devenues supportables, les applications de laudanum ou d'extrait de belladone sont continuées jusqu'à ce que les frictions, puis les

---

le prie de rectifier sa communication. M. Eustache s'y refuse; M. Papillon monte alors à la tribune et raconte les faits comme ils se sont passés. Tableau désagréable!

*
* *

Une autre lettre m'apprend que la question de l'internat des jeunes filles étudiant la médecine a été discutée avec animation au Congrès. Mais comme c'est une question toute parisienne, je ne pense pas qu'on y ait tant insisté. Je crois cependant devoir vous communiquer une pièce de vers qui a été faite à ce sujet, mais dont il m'a été impossible de trouver l'auteur. S'il veut que je le nomme, il voudra bien me le dire.

LES FLÉAUX DU JOUR !

1er août 1884.

Un bruit qui dans l'Ecole erra
Affirme que le choléra
Asiatique
Montre à certains à tout moment
Que seul leur bel aveuglement
Fut sporadique.

Qu'importe d'ailleurs ce fléau !
Il est déjà vieux... Un nouveau
Sévit, très grave,
Qui dès maintenant fondra sur
Nous, au grand galop, d'un pas sûr
Sans nulle entrave!

Ses microbes nés au soleil
Sont dans les cerveaux du conseil
De surveillance
Et l'on nous affirme qu'ils font
Un ravage effrayant, profond
Dans l'Assistance.

Le docteur, ami du *Matin*,
En a perdu tout son latin.
La bouche close
Le *reporter* s'en est allé
Sans rien connaître, désolé !
Voici la chose :

massages doux, puissent être commencés. Pour les frictions, j'emploie d'abord le mélange suivant :

Baume tranquille	30 gr.
Chloroforme.	10 —
Essence de térébenthine.	10 —

(Usage externe.)

Pour les massages, la pommade de laurier, puis une friction avec l'alcoolat de lavande.

Les massages ne doivent être commencés que lorsqu'il n'y a pas de crainte de les voir ramener l'inflammation goutteuse; les mouvements seront progressivement plus étendus et plus répétés.

S'il reste un point particulièrement douloureux dans l'articulation (ce qui est un fait assez fréquent dans la goutte), il est bon d'appliquer un ou deux petits vésicatoires à l'ammoniaque ou au chloroforme, puis d'envelopper l'articulation avec l'ouate, et ne reprendre que trois à quatre jours après les frictions et les massages.

Dès que les douleurs spontanées ont disparu, je fais faire des frictions deux fois par jour avec un des deux mélanges suivants :

a)	Baume de Fioravanti.	50 gr.
	Alcoolat de lavande	20 —
	Alcoolé de quinquina.	20 —
	Alcoolé de noix vomique.	10 —

(Usage externe.)

b)	Alcool camphré.	60 gr.
	Essence de térébenthine.	30 —
	Carbonate d'ammoniaque	3 —
	Dissous dans eau	q. s.

(Usage externe. — Agiter.)

et je fais continuer ces pratiques, à moins de circonstances particulières, jusqu'à disparition entière de toute manifestation articulaire. Les mouvements doivent être repris aussitôt que possible, mais l'exercice imposé aux parties atteintes doit être progressif et coupé par des intervalles d'immobilité qui doit être assurée dans bien des cas par un appareil contentif reposant les muscles et les articulations. La circulation veineuse étant, après l'accès de goutte, toujours un peu languissante au niveau des parties malades, il y a lieu de la favoriser par la position et, parfois aussi, par la compression à l'aide soit du collodion, soit d'un bandage léger. Les moyens internes et externes que je viens de mentionner constituent le traitement de la goutte, de l'accès et de quelques-

---

Plus d'un certes s'en étonna !
On vient d'admettre à l'internat
Les filles d'Ève.
Dieu ! quel soutien dans nos travaux,
La femme interne !... hurrah ! bravos !
C'est un doux rêve.

Mais, hélas ! Voyez-vous cela ?
Comment les concurrents à la
Poitrine plate
Lutteront-ils contre Laïs,
L'ivoire, l'azur, et le lys,
Et l'écarlate ?

On dit, Blanche, Inès, Réséda,
Que votre frais minois aida
— C'est médisance ! —
Plus d'une fois votre savoir,
Que c'est dans vos yeux, qu'on peut voir,
Votre science !

Ce n'est pas vrai, je le sais bien ;
Mais la chose, après tout, en rien
Ne nous regarde.
Vous toutes que protège Eros
Venez... Nous ouvrons tout grand nos
Salles de garde !

*
* *

Le soir du même jour, les membres danois de la section de gynécologie ont offert aux membres étrangers un dîner magnifique. Un gynécologiste de Copenhague, M. le docteur Jacobi, a porté la santé des dames malades, parce qu'en bonne santé elles sont infiniment plus agréables que souffrantes. Notre collaborateur M. Petit, qui se trouvait parmi les invités, a répondu à peu près en ces termes :

« Messieurs et chers confrères, maintenant qu'on a remercié en anglais, en allemand, en suédois et en français nos confrères danois de l'accueil si sympathique qu'ils nous ont fait, qu'on a porté des toasts à la chirurgie abdominale et à l'antisepsie, il est fort naturel qu'on aborde, à la fin du dîner, des sujets un peu moins sérieux. Notre confrère,

unes de ses conséquences, en même temps que le traitement prophylactique d'un certain nombre de celles-ci.

Contre les fausses ankyloses avec tuméfaction articulaire et périarticulaire, j'ai employé avec avantage, concurremment avec les moyens indiqués tout à l'heure ou isolément :

1° L'immobilisation et la compression alternées avec les mouvements communiqués d'abord, puis les mouvements volontaires progressifs ;

2° Les massages et frictions ;

3° Les bains de sable chaud ;

4° Les cautérisations ponctuées superficielles et répétées ;

5° Quelquefois le cataplasme de mie de pain bouillie, fortement arrosé d'alcool camphré et recouvert de toile gommée, associé à l'immobilisation.

Contre les tophus, j'ai essayé sans succès un bon nombre de moyens, et je me suis arrêté aujourd'hui aux suivants : la compression, les cautérisations ponctuées, les ponctions ignées. Je n'ai employé ces moyens que pendant le cours du traitement suivi par les malades à Vittel. Voici dans quelles conditions : il se produit généralement pendant la cure, le plus souvent du huitième au dixième jour, une poussée articulaire légère qui cède au repos et à quelques moyens locaux, et s'accompagne habituellement d'une crise urinaire analogue à celle que j'ai décrite chez les graveleux, c'est-à-dire une élimination relativement ou absolument abondante d'acide urique et d'acide oxalique. Alors se produit parfois un certain degré de ramollissement des tophus et, dans presque tous les cas, une légère poussée fluxionnaire vers ces concrétions ; c'est le moment le plus favorable pour commencer leur traitement local par la compression et les cautérisations ; auparavant, quelques frictions capables de déterminer vers elles le mouvement fluxionnaire m'ont paru suffisantes. Dès lors, les cautérisations répétées tous les trois à quatre jours avec un thermo-cautère effilé étant pratiquées, la résolution commence, mais ne s'accuse nettement que plus tard ; souvent, un ou plusieurs points deviennent fluctuants, c'est alors que la ponction ignée intervenant, l'élimination externe s'opère en même temps que la résorption. Ce mouvement de résorption provoqué par le traitement interne, favorisé par le traitement externe se poursuit ensuite lentement, mais progressivement en général, et une amélioration des plus notables se produit dans l'état local en même temps que dans l'état général. Quant aux plaies causées par la ponction, elles se ferment après un temps variable, suivant la structure du tophus, sa tendance au ramollissement, mais généralement beaucoup plus vite que les ouvertures spontanées. L'application de cataplasmes de mie de pain délayée dans de la décoction de guimauve arrosés d'alcool camphré favorisent l'élimination et la cicatrisation. Des pressions douces exercées sur le tophus au moment des pansements aident cette élimination. J'ai, par l'emploi de ces moyens, provoqué la sortie de véritables calculs périarticulaires et été assez heureux pour voir des malades, jusqu'alors déformés et impotents, se rétablir, au

---

M. Jacobi, a donc eu raison de boire à la santé de la femme. Car enfin, Messieurs, sans la femme, l'homme pourrait exister (si l'histoire dit vrai, notre premier père, Adam, par un bel exemple de génération spontanée, est né sans que la femme y fût pour rien) ; mais, sans la femme, il n'y aurait ni gynécologistes, ni section de gynécologie à ce Congrès, et nous n'aurions pas le plaisir d'être réunis ce soir et de boire à notre santé réciproque. Donc, je bois à la femme, origine première de cette réunion. »

Il paraît que ce petit toast français a eu un certain succès. Mais il n'appartient pas à l'*Union* de vanter ses collaborateurs.

Ici finissent les notes que j'ai reçues.

SIMPLISSIME.

POTION CONTRE LE CHOLÉRA. — Desprez.

Chloroforme	1 gramme.
Alcool	8 —
Acétate d'ammoniaque	10 —
Eau distillée	110 —
Sirop de chlorhydrate de morphine	40 —

Mêlez. — Une cuillerée de demi-heure en demi-heure, pendant la période algide du choléra, pour calmer les vomissements et favoriser l'établissement de la réaction. Dès que celle-ci commence, on suspend l'emploi de la potion. — N. G.

point de recouvrer, dans une large mesure, l'usage de leurs membres; quelques-uns même, de pouvoir dissimuler à peu près entièrement ce qui restait de leurs difformités. Je n'ai pas parlé des pommades résolutives et de plusieurs autres moyens, parce qu'ils ne m'ont jamais été d'un secours manifeste.

J'ai dit que la crise urinaire que j'ai signalée au cours du traitement suivi à Vittel se produisait *habituellement* chez les goutteux; je l'ai constatée très souvent en effet, mais, par contre, j'ai vu un certain nombre de malades chez lesquels aucune manifestation urinaire autre que l'augmentation de quantité du liquide rendu ne se manifestait. Le traitement de ces derniers doit être un peu différent de celui des goutteux en général; je n'y insiste pas cependant, ne voulant pas abuser de la parole et tenant à résumer en terminant quelques-unes des observations qui servent de bases à mes assertions :

1° M. X..., 70 ans (malade du docteur Dieulafoy), antérieurement huit à dix atteintes irrégulières de goutte au tendon d'Achille à gauche. Depuis deux ans, catarrhe vésical. Il y a quatorze mois, pneumonie au cours de laquelle arthrite goutteuse (?) du poignet droit; consécutivement, atrophie de la main, impotence. A l'arrivée à Vittel (juin 1880), ankyloses et pseudo-ankyloses au poignet et aux doigts; atrophie des muscles de la main et de la peau des doigts, qui sont constamment froids et alternativement pâles et violacés; atrophie légère des muscles de l'avant-bras; impotence; catarrhe vésical avec incontinence.

Traitement : eau de la grande source en boisson; courants continus; massages et mouvements communiqués progressifs, suivis de frictions huileuses chlorof.-térébenth., puis alcooliques-aromatiques; immobilisation d'abord, après les électrisations et les massages, puis mouvements volontaires progressifs avec temps de repos de moins en moins prolongés.

Résultat après un mois : disparition de l'impotence; la main est moins froide; le malade peut tenir sa fourchette, boutonner ses vêtements et arrive à rouler une cigarette et écrire avec un porte-plume de 1 centimètre de diamètre. Amélioration progressive pendant six à huit mois, puis état stationnaire. L'atrophie n'a diminué visiblement que sur certains points, notamment au niveau des interosseux, très peu aux doigts et plusieurs mois seulement après le début du traitement.

Persistance de l'amélioration obtenue du côté de la main et du côté des voies urinaires (catarrhe vésical très diminué, symptômes douloureux ou gênants disparus) jusqu'en juin 1883, époque où je vois le malade pour la dernière fois.

2° Mlle X..., 60 ans (malade du docteur Faucon, de Lille). Hérédité goutteuse, paternelle. Depuis quinze ans, accès de goutte aux deux pieds; quinze jours à six semaines de durée; deux accès en 1882; le dernier (janvier) ayant envahi la main droite, deux mois de douleurs aiguës ou subaiguës; depuis, persistance de gêne douloureuse; impotence par raideur générale des doigts. A l'arivée à Vittel, juin 1882 : pseudo-ankylose des articulations des doigts, surtout accusée aux articulations des phalangines avec les phalangettes; tuméfaction des articulations métacarpo-phalangiennes des doigts indicateurs et médius; refroidissement fréquent de la main; douleurs subaiguës et gêne douloureuse daus le poignet.

Même traitement que précédemment, sauf l'électrisation; application de deux petits vésicatoires volants sur des points particulièrement douloureux.

Résultat : rétablissement partiel progressif des mouvements. Après vingt-cinq jours de traitement, la malade peut écrire à sa famille pour lui annoncer son retour; pas d'accès de goutte, aucune douleur durant l'hiver et jusqu'à l'époque où la malade quitte Vittel en juillet 1883; mouvements de la main revenus à peu près exactement à leur état normal.

D'autres observations, que je me proposais de vous rapporter, étant à peu près identiques aux précédentes, je passe immédiatement à un groupe dans lequel j'ai réuni les cas de déformations particulièrement accusées et déjà anciennes. J'y prends quelques exemples en choisissant les plus complexes.

1° M. X..., 63 ans. Hérédité (?). A 35 ou 36 ans, rétraction indolore avec épaississement de la peau sur le trajet du tendon de l'auriculaire droit; puis, quatre à cinq ans après, de l'annulaire gauche. Peu après et depuis, accès de goutte aux pieds violent, mais à longs intervalles; à 60 ans, deux accès : pieds, plus genou droit et médius droit envahis. Depuis, déformation des articulations atteintes et, progressivement, mais sans douleurs, apparition de tophus autour de toutes les articulations des membres, sauf celles des hanches et des épaules. Jambes amaigries; muscles mous, généralement atrophiés.

Arrivée à Vittel en juillet 1880. Traitement : eau de la grande source en boisson; bains de mains chauds, prolongés, dans dissolution de chlorhydrate d'ammoniaque mélangée

à sels de Pennès; enveloppements des mains avec compresses trempées dans solution de chlorhydrate d'ammoniaque, ouate et toile gommée par dessus; au huitième jour, poussée articulaire légère au genou droit et au gros orteil gauche; ramollissement de l'énorme tophus du coude gauche et de plusieurs tophus des doigts. Repos, cautérisations ponctuées, onction calmante et ouate sur le genou et le pied douloureux; disparition rapide des phénomènes douloureux. Quelques jours après, ponction ignée des tophus du coude et de plusieurs tophus ramollis des mains.

Au départ, après vingt-cinq jours de traitement, changements peu appréciables, persistance des plaies faites par le thermo-cautère sur les tophus et d'écoulement de bouillie uratique; réouverture spontanée d'un ancien trajet fistuleux au gros orteil gauche. Peu après, les plaies se ferment, cette dernière seule persiste; une résolution notable des engorgements articulaires et péri-articulaires s'accuse, et les mouvements deviennent plus étendus et plus faciles. Dans ce cas, non seulement la marche progressive de la maladie a été entravée, mais il y a eu amélioration réelle des lésions existantes. Le malade continue à faire une cure annuelle à Vittel. Je voudrais qu'il en fît, en outre, une dans une station thermale à eaux chlorurées sodiques.

M. X..., 60 ans. Pas d'hérédité. A 36 ans, à la suite de chute, douleurs et tuméfaction au cou-de-pied droit, trois à quatre jours de durée. Trois ans après, séjour à Vichy pour fièvres d'Afrique. Six semaines après, accès de goutte au gros orteil droit puis aux deux genoux. Depuis, jusqu'à il y a dix ans, accès tous les deux ans sans déformation. Depuis dix ans mains envahies, déformations consécutives à tous les accès ; tophus sur les tendons des extenseurs, aux articulations des doigts, aux deux mains, au coude droit; tophus aux talons, à gauche surtout ; douleurs subaiguës à peu près continues entre les accès qui reparaissent depuis quelque temps, lors de l'arrivée à Vittel, tous les quinze jours ou tous les mois ; marche très difficile à cause de l'état des pieds et du genou droit et de l'affaiblissement musculaire ; état cachectique caractérisé ; troubles digestifs. Traitement suivi antérieurement : trois saisons à Vichy, liqueur Laville.

Arrivée à Vittel en juillet 1880. Traitement : eau de la grande source en boisson. Potion : bromure de lithium et extrait de quinquina. Quelques jours après l'arrivée, accès de goutte subaigu, ramollissement commençant de quelques tophus, cautérisations ponctuées, frictions, massages doux, électrisation par courants continus, ponction ignée d'un tophus volumineux siégeant au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil droit et d'un tophus siégeant au niveau de l'articulation de la première avec la deuxième phalange du médius.

Changement peu appréciable au départ après un séjour de 32 jours. Prescriptions à suivre : *sarracœnia purpurea*, 2 mois, puis iodure de potassium et quinquina, puis eau de Vittel et benzoate de lithine ferrugineux ; électrisation par les courants continus des muscles de jambes.

En 1881, lors du retour à Vittel, je constate une amélioration très sensible qui s'accentue pendant la durée de la cure; emploi des mêmes moyens avant et après. Deux calculs uratiques volumineux sont retirés du foyer siégeant au niveau du gros orteil du pied gauche ponctionné au thermo-cautère.

En 1882 : il n'y a pas eu de nouvel accès de goutte, l'amélioration obtenue après la première cure s'est très notablement accentuée après la deuxième ; il y a eu seulement un peu de douleur passagère dans le genou droit, sous l'influence de manœuvres d'extension. Plusieurs tophus du talon gauche spontanément ulcérés se sont fermés ; le genou droit a diminué de volume, les tophus des mains ont diminué des trois quarts; la faiblesse des membres inférieurs a considérablement diminué, mais les muscles, surtout à la jambe droite, sont mous et atrophiés ; l'état général est très bon.

Pendant le séjour à Vittel en 1882, 10 jours après l'arrivée, accès de goutte subaigu ; trois semaines de séjour au lit ou à la chambre, toutes les articulations sont passagèrement envahies. Aucun tophus nouveau n'apparaît ; ce qui reste des anciens se fluxionne temporairement, mais ne grossit pas. Le traitement est repris *ut supra*. Je n'ai pas revu le malade à Vittel en 1883 parce qu'il se trouvait assez bien pour ne pas se croire obligé de venir faire une nouvelle cure l'obligeant à un très long voyage (il habite l'Afrique).

Je pourrais citer un grand nombre de faits analogues, intéressants à divers titres, mais ils n'ajouteraient que par le nombre à la thèse que j'ai voulu soutenir devant vous. J'aurais encore à donner des observations de tuméfactions œdémateuses simples ou autres, d'origine goutteuse, consécutives ou non aux accès, mais je n'ose, craignant d'abuser de votre temps. Je finis donc et je conclus en disant que l'accès de goutte doit être traité ; que, convenablement traité, il est plus rarement suivi de désordres articulaires ou péri-articulaires persistants, que lorsqu'il est laissé sans traitement,

que lorsque ceux-ci n'ont pu être évités, ils peuvent être combattus, souvent avec un vrai succès, au grand avantage des malades par la série des moyens que j'ai indiqués.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1884.

Depuis quelques jours l'épidémie s'est étendue en largeur, tout en diminuant d'intensité dans ses foyers d'origine. Actuellement les départements contaminés sont les suivants : le Var, les Bouches-du-Rhône, les Hautes et Basses-Alpes, le Gard, l'Hérault, l'Aude, l'Ardèche, les Pyrénées-Orientales.

Du 12 au 13 août, il y a eu : à *Toulon*, 3 décès (2 à l'hôpital Bon-Rencontre et 1 en ville) ; du 13 au 14 août, 2 décès ; dans le département : le 12, 1 décès à Ruoms ; le 13, 1 décès à la Seyne et 1 à Puget-Ville.

En Provence, on a constaté : à *Marseille*, 11 décès cholériques sur 41 du 11 au 12, et 12 décès du 12 au 13 ; à *Cette*, il existait au Pharo 35 malades en traitement, 6 entrées nouvelles, 4 sorties et 5 décès. A titre de document, voici quelle a été la mortalité comparative de Marseille dans les sept premières semaines des épidémies précédentes et de l'épidémie actuelle : en 1835, 2,191 décès ; en 1849, 1,307 ; en 1854, 2,420 ; en 1855, 1,181 ; en 1865, 848 ; en 1866, 519, et en 1884, 1,384. — A *Arles*, du 12 au 13, on comptait 10 décès dont 8 cholériques, et du 13 au 14, 4 décès dont un seul cholérique.

Dans le *Gard*, on signale : le 12 août, 2 décès à Menduel, 4 à Bessèges, 5 à Bouillarques, et le 13 août, 1 décès à Nîmes et 1 à Robiac.

Dans l'*Hérault*, il y a eu : du 12 au 13, 1 décès à Ayde, 2 à Mèze, 1 à Bédarieux, 1 à Estiéchoux, 2 à Lunel, 1 à Soulès, 2 à Gigean, 1 à Cette où il existait 30 cas et où du 13 au 14, la mortalité s'est élevée à 7 décès. Dans les *Pyrénées-Orientales* on signale, du 13 au 14 août, 24 décès dans les communes de Bouletonière, Saint-Félix-Duval, Corbère, Corbère-les-Cabanes, Camelas et Foulonges ; du 12 au 13, 5 cas et 1 décès, et du 13 au 14, 6 décès à Perpignan. A Rivesaltes, il y avait eu 1 décès le 12 et le 13.

Dans l'*Aude*, on comptait à Carcassonne 6 décès cholériques et 35 cas le 12 août, et 6 décès le 13.

Dans l'*Ardèche*, on a enregistré, à Vogué, 1 décès le 12 et 1 décès le 13, 2 décès à Ruoms où il existait 20 malades en traitement, enfin 1 cas à Saint-Germain, village voisin des précédents.

Dans les *Basses-Alpes*, on a constaté 2 décès à Sisteron le 12 août, 40 décès du 10 au 12 août, et 2 du 12 au 13 dans le petit village des Omergues.

Enfin, le département des *Hautes-Alpes* est également contaminé et on y signale plusieurs cas cholériques.

En *Italie*, le bulletin officiel du 12 août mentionne 11 cas et 8 décès dans les provinces déjà contaminées et dénonce l'invasion de la province de Parme où il y a eu 4 cas et 2 décès. Celui du 13 août indique 8 cas nouveaux et 4 décès.

En terminant je signalerai une circulaire du ministre du commerce.

Il y avait beau temps que M. Hérisson ne nous avait procuré la satisfaction de lire sa prose, désormais fameuse dans l'histoire du choléra. Il vient de nous accorder cette faveur dans le *Journal officiel* du 14 août, sous forme d'une lettre adressée aux préfets sur le fonctionnement des Conseils d'hygiène et des médecins des épidémies.

« Le rôle de ces agents sanitaires ne doit pas se borner à prendre les me-
« sures nécessaires pour arrêter les épidémies déclarées ; ils doivent aussi, et ce n'est
« point la partie la moins considérable de leur mission, rechercher d'une manière
« constante, et pour ainsi dire journalière, les causes d'insalubrité qui existent dans
« leur région, afin que les administrations compétentes puissent, dès qu'elles leur sont
« signalées, y remédier. »

J'arrête ici cette citation; car les périphrases ministérielles n'ont, après tout, d'autre but que d'engager les Conseils généraux à augmenter le fonds sanitaire. L'intention est excellente; elle serait meilleure si un décret ou une loi rendait ces dépenses obligatoires. — C. L. D.

REVUE DES JOURNAUX

Considérations sur quelques points de l'étiologie, de la pathologie et du traitement de la pneumonie, par le docteur Bradbury. — A l'ouverture du débat sur la pneumonie devant la Société médicale de Cambridge, M. Bradbury a exposé l'état de cette question, dont l'intérêt est d'autant plus actuel, que les notions contemporaines sur la nature de cette affection tendent à en modifier la pathogénie et la pathologie.

Dans l'étiologie de la pneumonie lobaire, la seule forme en discussion, et par conséquent en mettant hors de cause les pneumonies secondaires des rhumatisants, des typhiques et des diabétiques, le froid et l'humidité sont les principaux facteurs morbigènes. Cette conclusion est celle du *Collective investigation Commattée*, dans son rapport sur la pneumonie aiguë. Mais cette théorie classique de la pneumonie *a frigore* est parfois en défaut, et, pour sa part, l'auteur en a été atteint dans des circonstances où il a pu incriminer l'action des gaz d'égout. Peu de temps avant l'époque où ces émanations se produisaient, tous les habitants de la maison étaient pris d'angines, auxquelles s'ajoutèrent des conjonctivites chez deux d'entre eux.

Doit-on supposer que ces émanations méphitiques rendent les personnes qui sont soumises à leur action plus facilement vulnérables aux influences atmosphériques, ou bien doit-on admettre un agent septique produisant les pneumonies dites contagieuses ou infectieuses par sa localisation sur le poumon? Il serait difficile de prendre partie pour l'une ou l'autre hypothèse. Mais le docteur Bradbury considère la pneumonie comme une maladie intéressant à la fois l'organisme tout entier avec des localisations viscérales spéciales. A ce point de vue, son évolution ne serait pas sans analogie avec la fièvre typhoïde et l'érysipèle par exemple.

Les signes pulmonaires ne marquent pas toujours l'invasion des phénomènes généraux et n'ont pas, nécessairement, une marche parallèle. C'est ainsi qu'ils s'accusent parfois seulement après les troubles thermiques, et que l'intensité de la fièvre n'est pas, dans tous les cas, proportionnelle à celle des lésions locales.

Les pneumonies qui reçoivent le nom d'infectieuses paraissent dépendre de l'insalubrité des habitations ou des localités. L'analyse critique des faits publiés dans la littérature médicale confirment cette opinion. Quant à la contagiosité de l'affection, M. Bradbury pense qu'il n'existe pas un seul médecin affirmant la réalité de ce mode de transmission.

L'influence des saisons et des climats ne paraît pas avoir été nettement démontrée. On observe surtout cette maladie dans les pays tempérés, mais rarement sous les tropiques ou dans les régions polaires. Un froid intense n'est pas ici, comme pour la bronchite, un tout-puissant facteur pathogène.

L'invasion de la pneumonie n'est pas, en général, subite. M. Bradbury, en interrogeant avec soin les malades, a constaté que, dans nombre de cas, les individus étaient déjà malades avant le début de toute manifestation accusatrice de lésion pulmonaire. Les uns étaient des goutteux, d'autres des rhumatisants, d'autres enfin des névropathes, des alcooliques ou des dyspeptiques. Souvent, pendant les deux ou trois semaines qui précédaient l'invasion, le malade avait toussé, ou bien urinait mal. Enfin, on peut admettre un état dyscrasique du sang, puisque, par analogie, on connaît la fréquence de cette maladie chez les nouvelles accouchées. Conséquemment, les principaux points à examiner au lit du malade pour déterminer la pathogénie et l'étiologie d'une pneumonie sont relatifs :

1° A l'exposition au froid;
2° A la contagion;
3° Aux influences atmosphériques;
4° A l'état général du malade.

Les formes cliniques de la pneumonie fibrineuse sont variées ; il serait donc intéressant d'en connaître les rapports de mortalité et de causalité avec la constitution individuelle des malades. Dans celle dont fut atteint M. Bradbury, on ne constata pas d'éruption herpétique, mais bien une bulle de pemphigus sur le genou droit et deux ou trois autres sur la région malléolaire gauche. Les lésions pulmonaires étaient limitées, et le délire persista deux jours encore après la chute de la température. Pendant sa convalescence, il eut un point douloureux pleurétique et de la pleurésie sèche ; mais, à aucune des périodes de la maladie, il ne présenta de diarrhée ni d'expectoration rouillée. D'autre part, ne sont-ce pas des faits à noter que l'absence d'expectoration dans quelques cas de pneumonie lobaire; la fréquence du délire dans les pneumonies du sommet plutôt

que dans celle de la base; enfin, l'existence de l'albuminurie seulement chez certains malades?

Le traitement doit consister à soigner le malade plus que la maladie. Il est des cas qui marchent à une terminaison heureuse sans nulle intervention thérapeutique, et alors le médecin se borne à prescrire un régime hygiénique et diététique; d'autres malades éprouvent une violente dyspepsie et sont menacés d'une asphyxie mortelle en deux jours; leur état réclame l'emploi des émissions sanguines. Est-il typhoïdique? Il motivera une alimentation convenable et la médication stimulante pour prévenir la défaillance cardiaque et l'épuisement général.

Des indications les plus importantes, l'une concerne l'emploi des stimulants; l'autre l'usage des hypnotiques. Une grande prostration, un délire agité, des antécédents alcooliques légitiment et nécessitent l'usage des premiers. Parmi les seconds, M. Bradbury préfère les opiacées, sous forme de la poudre de Dower, pour calmer la douleur au début de la maladie, et le chloral contre le délire et l'insomnie; mais seulement en l'absence de toute cardiopathie. Le bromure de potassium et la jusquiame échouaient chez ses malades. Enfin, les stimulants procurent parfois encore le sommeil dans les cas où la médication calmante est en défaut. (*The Lancet;* 7 juin 1884, p. 1082.) — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 11 août 1884. — Présidence de M. Rolland.

Voici un nouveau rapport sur diverses communications relatives au choléra (Commissaires : MM. Gosselin, Vulpian, Marey, Bert, Richet, Pasteur, Bouley; Charcot, rapporteur) : « J'ai eu à examiner, comme rapporteur, quarante-trois lettres, notes ou mémoires, adressés à l'Académie et relatifs au traitement du choléra asiatique. J'ai le regret de dire que, dans l'accomplissement de cette tâche, je n'ai pas été plus heureux que ne l'avait été mon confrère M. Vulpian, dans une circonstance analogue. Mon examen, en effet, ne m'a fourni aucun résultat qui mérite d'être pris en considération.

« La plupart de ces lettres (trente-sept) ont été adressées par des personnes étrangères à la profession médicale et, plus généralement, aux sciences biologiques. Il ne faut pas s'étonner, par conséquent, qu'elles contiennent presque toujours des naïvetés qui prêteraient à rire si le cas n'était pas aussi sérieux. Il faut d'ailleurs tenir compte des bonnes intentions. Toutes ces lettres, en effet, n'ont pas été dictées par l'amour du lucre ou de la notoriété, car souvent les auteurs ont discrètement gardé l'anonyme. Il faut plutôt y voir en général, pensons-nous, l'un des effets de la *manie d'improviser en médecine,* travers encore si communément répandu, on le sait, même parmi les gens éclairés. L'un considère les évacuations cholériques comme représentant un effort de la nature qu'il ne faut pas contrarier, et conseille aux malades de boire de grandes quantités d'eau de source; deux autres conseillent l'ingestion d'huile d'olives. Celui-ci préconise la saignée, celui-là voudrait qu'on bût de l'urine d'enfant, etc., etc.

« Les notes ou mémoires émanant de médecins ou d'étudiants en médecine ont nécessairement un tout autre caractère. Malheureusement on n'y trouve guère que des théories plus ou moins ingénieuses sur ce que l'on appelle « la nature » du choléra, avec des projets de médication déduits plus ou moins logiquement de ces théories. La sanction expérimentale fait absolument défaut. Les principaux moyens proposés sont les injections hypodermiques, soit de phénate de quinine (?), soit de chlorure de pilocarpine, l'emploi à l'intérieur du sulfate de quinine à haute dose, de l'eau oxygénée, de la limonade sulfurique.

« Une note sur l'*Enchaînement des lésions et des symptômes du choléra asiatique et sur les indications qui en dérivent pour le traitement préventif et curatif de cette maladie* mérite une place à part, parce qu'elle a été adressée par M. le docteur Duboué (de Pau), auquel on doit la publication de plusieurs travaux importants. L'auteur cherche d'abord à établir, en se fondant sur les résultats obtenus par quelques anatomo-pathologistes, que l'agent cholérique, introduit primitivement par les voies respiratoires, pénètre ensuite dans le système des artères et des capillaires de l'arbre aortique, où il détermine la desquamation de l'endothélium vasculaire. L'agent pénètre consécutivement dans l'intestin, où il provoque la desquamation de l'épithélium de la membrane muqueuse. La diarrhée qui se produit en conséquence est due à une sorte de filtration du sérum

du sang qui se fait à travers la mince couche de chorion des villosités intestinales dépouillées de leur épithélium.

« En thérapeutique, la conséquence de cette théorie est qu'il n'y a qu'une seule indication pour le traitement préventif individuel et deux indications pour le traitement curatif :

« L'indication du traitement *préventif* consiste *à fortifier* (*sic*) à l'avance tout le système endothélial et épithélial, de façon à lui permettre de résister lorsque l'agent cholérigène viendra à pénétrer dans l'organisme. Cela s'obtiendra en administrant journellement aux personnes exposées à la contagion deux doses de 0 gr. 25 chacune de tannin pur préparé à l'éther.

« Pour ce qui est du traitement *curatif*, la première indication consiste surtout à rétablir la circulation interrompue. Le moyen d'obtenir ce résultat a déjà été employé par un grand nombre de médecins. Il s'agit de pratiquer des injections intraveineuses abondantes d'un sérum artificiel auquel il conviendra, suivant M. Duboué, d'ajouter 1 gr. par litre de tannin à l'éther.

« La seconde indication sera remplie en reprenant, dès que la circulation sera rétablie, l'emploi du tannin à la dose de 3 gr., 6 gr. et 8 gr. par jour, dans le but de favoriser la régénération des endothéliums et des épithéliums.

« Nous nous sommes borné à exposer, sans vouloir entrer dans la critique. Il suffira de remarquer, pensons-nous, qu'une série d'observations cliniques et d'expériences thérapeutiques régulièrement instituées pourraient seules permettre d'atteindre le but visé par l'institution du prix Bréant. »

M. Bouley présente une note de M. Ch. Chamberland, *sur un filtre donnant de l'eau physiologiquement pure.*

« Depuis les travaux de M. Pasteur et ceux qu'ils ont provoqués, la doctrine d'un contage vivant dans la production et le développement des maladies contagieuses a pris une très grande importance. L'étude attentive des propriétés des microbes et des conditions de propagation des maladies tend à montrer que les microbes pathogènes ne sont pas dans l'air, ou du moins ne s'y trouvent qu'à l'état exceptionnel. C'est surtout dans les eaux que sont les microbes et leurs germes, et cela se conçoit aisément, si l'on réfléchit que les produits de toutes les fermentations et de toutes les décompositions arrivent finalement, soit par les pluies, soit par les infiltrations dans le sol, soit par les égouts, dans les eaux des puits ou des cours d'eau. Aussi l'eau est-elle considérée comme un des agents principaux de la propagation des maladies. Il était donc de la plus haute importance, au point de vue de l'hygiène générale, d'avoir un filtre débarrassant l'eau de tous les microbes qu'elle contient, de façon à rendre les eaux de boisson tout à fait pures.

« Je suis arrivé à ce résultat par la filtration à travers un vase poreux en porcelaine dégourdie, mode de filtration qui est employé dans le laboratoire de M. Pasteur pour séparer les microbes de leurs milieux de culture. J'ai constaté que les eaux, même les plus impures, filtrées à travers ces vases, ne contenaient plus ni microbes, ni germes. Elles peuvent être ajoutées en proportion quelconque dans les liquides les plus altérables sans provoquer la moindre altération. Elles ne renferment donc aucun germe de microbes.

« L'appareil que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie s'adapte directement sur la conduite d'eau et fonctionne par l'effet de la pression qui existe dans les conduites. Sous une pression de deux atmosphères environ, qui est la pression de l'eau au laboratoire de M. Pasteur, on obtient, avec un seul tube poreux ou *bougie filtrante* ayant 0 m. 20 de longueur sur 0 m. 025 de diamètre, une vingtaine de litres d'eau par jour, e qui me paraît suffisant pour les besoins ordinaires d'un ménage. En multipliant le nombre des bougies, en les associant en batteries, on peut obtenir le débit d'eau nécessaire pour l'alimentation d'une école, d'un hôpital, d'une caserne, etc. Ce filtre réalise donc une véritable petite source à domicile, les eaux de source prises à leur origine étant, comme l'a montré M. Pasteur, exemptes de microbes.

« Le nettoyage de ce filtre est extrêmement facile. Non seulement on peut brosser la surface extérieure de la bougie qui est seule souillée par les matières en suspension dans l'eau, mais on peut encore, soit la plonger dans l'eau bouillante, soit la chauffer directement sur un foyer pour détruire la matière organique qui est déposée à sa surface. On lui rend ainsi sa porosité primitive. La même bougie peut donc servir indéfiniment. »

— M. le baron Thénard vient de mourir dans son château de Talmay (Côte-d'Or), emporté en quelques heures par une attaque d'apoplexie.

— M. Cailletet demande l'ouverture d'un pli cacheté déposé par lui le 12 décembre 1881, qui établit ses droits de priorité sur l'emploi du formène pour la production des basses températures. Ces droits étaient constestés par M. Wroblewski.

COURRIER

Nécrologie. — Nous apprenons la mort subite de M. le docteur Burcq, bien connu pour ses travaux sur la métallothérapie.

— On annonce aussi la mort de M. J.-B. Jacquinet, médecin à Chalantre-la-Grande (Seine-et-Marne), décédé le 22 juillet dans sa 86e année.

— M. Landouzy, agrégé, remplaçant M. le professeur Hardy, à la Charité, fera les mardis et samedis, à 10 heures, des leçons cliniques.

Visite tous les jours à 9 heures; le jeudi, examen et interrogatoire des malades par les élèves. Première leçon clinique le mardi 26 août.

Nominations. — Sont nommés officiers d'académie :

MM. Moussons, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux ; Viault, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux; Heydenreich, professeur à la Faculté de médecine de Nancy ; Charpentier, professeur à la Faculté de médecine de Nancy ; Beauregard, agrégé près l'École de pharmacie de Paris ; Charles Tinel, professeur à l'École de médecine de Rouen ; Mollien, professeur à l'École de médecine d'Amiens ; Léon Harman, professeur à l'École de médecine de Reims; le docteur Kelsch, médecin principal de deuxième classe ; Sambuc, pharmacien professeur de la marine ; Granjon, préparateur au Muséum ; Maquenne, aide-naturaliste au Muséum ; Suchard, préparateur de la chaire d'anatomie générale au Collège de France ; le docteur Spitallier, médecin du collège de Grasse ; le docteur Chalvet, médecin du Collège Saint-Marcellin ; le docteur Monginot, médecin du collège de Lunéville ; Mlle Victorine Benoît, docteur en médecine à Paris ; le docteur Bourdet, à Sarzeau ; le docteur Broussin, à Marly-le-Roi ; le docteur Gustave Dertelle, maire de Lourches ; le docteur Dreyfus-Brisac, à Paris ; le docteur Louis Duval, à Épernay ; le docteur Farny, maire de Rebais ; le docteur François Firmin, médecin du lycée Charlemagne ; Gastinel-Bey, professeur à l'École de médecine du Caire ; le docteur Grazais, à Guérande ; le docteur Grovallet, à Saint-Brieuc ; le docteur Guiraud, à Menton ; le docteur Maréchal, conseiller général de l'Aisne ; le docteur Marfan, conseiller général de l'Aude ; le docteur Pomier, conseiller général des Basses-Pyrénées ; le docteur Rousselot, à Saint-Dié ; le docteur Jules Socquet, préparateur au laboratoire de toxicologie ; le docteur Brazier, à Paris ; le docteur Gaucher, à Aïn-Temouchent ; le docteur de Lavarenne, à Bagnères-de-Luchon; le docteur Trapenard, à Paris; le docteur Vazeille, à Issy ; le docteur Calmels, à Carmaux ; le docteur Théophile David, à Paris ; le docteur Genevoix, à Paris ; Londe, directeur du laboratoire de chimie à la Salpêtrière ; Armand Cazaux, directeur du *Monde thermal* ; Azémard, pharmacien à Gaillac ; Étienne Ferrand, pharmacien à Lyon ; Dubois, pharmacien, maire de Saint-Georges-du-Vièvre ; George, pharmacien à Bohain.

— Le Conseil municipal a décidé de donner le nom de Civiale à l'une des rues du Xe arrondissement de Paris.

Il a également voté l'établissement d'un nouvel hôpital sur le glacis des bastions 30 et 31, c'est-à-dire dans la partie nord de Paris.

Le Conseil municipal a aussi autorisé la création d'un four crématoire au cimetière Sud pour l'incinération des détritus des hôpitaux et décidé l'installation de 180 lits, pour convalescents, dans le château de Brévannes que l'administration de l'Assistance publique a tout récemment acquis.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

Du traitement rationnel de la période aiguë du choléra asiatique et de ses résultats dans les épidémies (1)

(1° de Damas en 1875; 2° de l'Inde française en 1876; 3° de la Cochinchine en 1882),

Par le docteur M. Desprez,

Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Saint-Quentin,
Médecin des épidémies et du Conseil d'hygiène et de salubrité publique pour l'arrondissement de Saint-Quentin,
Président de la Société médicale de l'Aisne, etc.

Epidémie dans l'Inde française en 1876

Par le docteur Ch. Follet.

Si en médecine un traitement qui a très bien réussi dans une épidémie, meurtrière d'une manière absolue au moment de son application, pouvait être considéré comme devant donner toujours les mêmes résultats, la science serait aujourd'hui fixée; mais il en est des épidémies de choléra comme d'autres, le génie n'en est pas toujours le même; il est donc essentiel, pour connaître la valeur réelle d'un traitement, de le soumettre à des épreuves diverses.

C'est dans cette pensée qu'après avoir eu connaissance des résultats obtenus à Damas en 1875, j'ai écrit en 1876 à M. Crépin, alors procureur de la République à Pondichéry, pour le prier de faire expérimenter, s'il était possible, dans l'Inde française ou même dans l'Inde anglaise, le traitement qui avait si bien réussi à Damas. Il me semblait que si mon traitement sortait victorieux d'une pareille épreuve, il y avait beaucoup de chances pour qu'il fût de bonne qualité.

M. Crépin, que j'ai connu à Saint-Quentin, se fit un véritable plaisir de me mettre en relation avec M. le docteur Ch. Follet, chef du service de santé de la marine à Pondichéry. Cet excellent confrère, aujourd'hui retraité à Rochefort-sur-Mer, comme médecin en chef de la marine, demanda aux médecins placés sous ses ordres, M. le docteur Aymé et M. Frank, également médecins de la marine, de vouloir bien expérimenter d'une manière rigoureuse la valeur du traitement qui lui était confié.

Ce sont les observations recueillies par M. le docteur Aymé, chargé du service médical à Chandernagor, et par M. Frank, chargé également du service médical de la dépendance de Karikal, qui servent de base au rapport de M. Follet.

Ce travail et les nombreuses observations qui l'accompagnent ont été insérés dans le compte rendu annuel du service de santé adressé en 1876 à M. J. Rochard, inspecteur général et président du service de santé de la marine.

Les lecteurs trouveront, dans les conclusions de cet important mémoire (2), la preuve que le traitement au *chloroforme composé* a donné, entre les mains du service de santé de la marine, sur le territoire indien français, une proportion de 72 pour 100 de guérisons, malgré l'adjonction

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 12 et 16 août 1884.

(2) Ce mémoire a été analysé dans le *Bulletin général de thérapeutique*, 15 novembre 1881.

de 22 cas *très graves choisis* pour l'expérimentation sur 136, tandis que par le traitement empirique ils trouveront une mortalité de 80 pour 100.

Malgré cette excellente proportion de guérisons, M. Frank ajoute dans son rapport :

Je crois que les résultats obtenus sont on ne peut plus heureux et je ne puis m'empêcher de croire qu'ils l'eussent été encore davantage, si la potion avait toujours été donnée d'une manière intelligente, si on avait su en modifier à propos la dose à prendre, la suspendre en temps opportun, etc., etc.

Voici la conclusion du rapport de M. Follet :

Tableau indiquant le mouvement cholérique à Karikal et ses dépendances, du 9 juillet au 18 août 1876.

Dépendances	Cas	Décès	Proportion pour 100
Karikal	129	86	»
Grande-Aldée	129	57	»
Temallar	23	13	»
Nallapandour	5	4	»
Nedouncadou	10	5	»
Cotchéry	1	1	»
Total	297	168	
Cholériques traités par les autres méthodes	161	129	80,20
— par la médication de M. Desprez	136	39	28,92

Ces chiffres, dit M. le docteur Follet, parlent assez haut d'eux-mêmes et n'ont pas besoin de commentaires. Ils suffisent amplement pour prouver l'efficacité de la potion du docteur Desprez qui, sans être infaillible, a déjà rendu et est appelée à rendre de nouveau de grands services contre le choléra.

Epidémie de choléra en Cochinchine en 1882

Lettre du docteur Chastang, médecin en chef à Saïgon.

Les résultats du *traitement au chloroforme composé*, obtenus dans l'Inde française par M. Follet, n'avaient pas été oubliés en Cochinchine. Aussi M. le docteur Chastang, médecin en chef à Saïgon, en réponse à une lettre que je lui adressai en septembre 1882, m'écrivait-il de Saïgon (24 octobre 1882) :

Monsieur et très honoré confrère,

J'ai reçu, avec votre lettre du 11 septembre, les deux numéros du *Bulletin de thérapeutique* qui l'accompagnaient.

Je connaissais déjà votre travail sur le traitement du choléra et le résultat des expériences de mon collègue Follet dans l'Inde française. Aussi nous n'avons pas attendu votre communication pour mettre en vogue ici, entre autres moyens de traitement, votre potion connue sous le nom de « Potion de Desprez ». Les Européens qui, en très petit nombre, ont eu le choléra à Saïgon ont été traités par cette potion; mais les conditions dans lesquelles sévissait la véritable épidémie sur la population indigène, très disséminée sur un vaste territoire, n'ont pas permis aux médecins de la marine de porter leur concours partout, et le plus grand nombre a été soigné par les médecins indigènes ou chinois.

J'ai fait mon possible cependant, dès le début de l'épidémie, pour répandre l'usage de votre potion. Je l'ai indiquée dans une notice sur le traitement de la maladie qui a été répandue partout, en substituant toutefois, pour plus de commodité, le laudanum au sirop de morphine. Beaucoup de malades en ont fait usage sous la direction des médecins français, ou des administrateurs ou colons qui se trouvaient à proximité des fléaux, et, d'une manière générale, je sais qu'on a eu beaucoup à s'en louer et que de nombreuses demandes de cette potion ont été faites dans les postes français ou dans les pharmacies du chef-lieu; mais il est de toute impossibilité d'en préciser les résultats par des chiffres, etc.

Dr Chastang.

Conclusions.

De mon expérience personnelle et des observations si remarquables 1° du docteur Cossini à Damas en 1875, 2° du docteur Follet dans l'Inde française, 3° du docteur Chastang en Cochinchine, en 1882, je conclus :

1° Le traitement au *chloroforme composé*, employé très rigoureusement à l'intérieur et à l'extérieur, doit donner en France, et même dans la plupart des pays européens, des résultats au moins aussi bons que ceux obtenus dans des pays un peu sauvages et à température extrême, comme l'Inde et l'Asie Mineure.

Nous devons obtenir, comme moyenne du traitement dans l'épidémie actuelle, de 80 à 90 pour 100 de guérisons.

2° Quoique le cadre de ce travail soit limité à la période confirmée du choléra, indien ou sporadique, les données scientifiques que je viens de rappeler sur l'action toxique que le chloroforme (1) exerce sur les micro-organismes ne doivent pas être perdues pour la science.

Aussi je conseille dès aujourd'hui, à titre de *traitement préventif*, aux personnes qui visitent incessamment les cholériques, qui leur donnent des soins, de prendre plusieurs fois par jour, avant ou après les repas, un demi-verre d'eau chloroformée au 500e ou au 1000e qui est absolument inoffensive, qui n'a rien de désagréable, et qui peut s'aromatiser d'une légère quantité de sirop de menthe, d'écorces d'oranges amères, de quinquina, etc., ou même mieux s'additionner de teinture alcoolique de quinquina, etc., etc.

Avec un traitement *préventif* qui semble mettre le virus cholérique dans les conditions d'*un virus atténué*, et aussi avec un traitement de la période confirmée qui a fait si vaillamment ses preuves, on peut, sans être prophète, espérer la fin prochaine de toute épidémie sérieuse de choléra dans les pays civilisés.

(1) A propos de l'influence du chloroforme à dose infinitésimale sur les micro-organismes, j'ai seulement cité M. A. Müntz (*Les ferments chimiques et physiologiques*. — Académie des sciences de Paris, 1875). — A l'appui de cette thèse, je pourrais encore ajouter l'autorité de Cl. Bernard (*Leçons sur les phénomènes de la vie communs aux animaux et aux végétaux*, p. 250 et suiv. Paris, 1878). — Schutzemberger (*Les fermentations*. Paris, 1878). — Magnin (*Les bactéries*, p. 95). — Van Thiegen (*Traité de botanique*. Paris, 1884, p. 104, etc.). — Ch. Richet (*Expériences sur le chloroforme*).

Lettres de Copenhague.

14 août 1884.

Mon cher directeur,

Sans m'attarder à l'analyse des deux discours de M. Panum, dont le second surtout est intéressant, parce qu'il résume l'histoire des congrès internationaux des sciences médicales, je vous envoie la liste des présidents d'honneur désignés dans la séance d'ouverture du Congrès, ainsi que le nom des quatre secrétaires pris dans les différentes nations, pour assister aux séances générales, aider au besoin les membres du comité local dans le fonctionnement du congrès, la collation des travaux de leurs compatriotes, etc.

Président définitif du congrès : M. Panum. Vice-présidents scandinaves : A. Key, Dahl, Hjelt. Présidents honoraires : *De l'Angleterre :* sir James Paget, sir W. Gull, sir W. Mac Cormac, sir H. Acland, sir R. Bennet, Lister, Spencer Wells, Erichsen, Watson, Marshall. — *De l'Amérique* : John S. Billings, Flint. — *De la France :* Pasteur, Verneuil, Chauveau, Ollier, Jaccoud, Bouchard, Hardy, Ranvier, Cornil, Trélat, Lépine. — *De l'Allemagne :* Virchow, Kölliker, Frerichs, Volkmann, Esmarch, Gurlt, His, Hensen, Flemming, Hensch, Munk, Liebreich, Liebermester, Schnitzler. — *De la Hollande* : Tilanus, Rosenstein, Engelmann. — *De la Russie :* Reyber, Rauchfuss. — *De l'Italie* : Crudeli, Bottini. — *De la*

Belgique : Crocq. — *De la Suisse :* Lombard, Prévost, Meyer, Kollmann. Secrétaires étrangers : Kronecker (Allemagne), L.-H. Petit (France), Owen, Poore (Angleterre).

Jusqu'ici le congrès a été très honorable pour la France; toute question de chauvinisme à part, et malgré l'absence signalée et regrettable d'un certain nombre de médecins français, nous pouvons dire que ceux de nos savants maîtres qui ont pris la parole soit aux séances générales comme conférenciers, soit aux séances de sections, ont eu de véritables succès : MM. Verneuil, Trélat, Ollier, Nicaise dans la section de chirurgie, Cornil dans la section d'anatomie pathologique, Jaccoud, Grancher, Bouchard, Lépine dans la section de médecine interne, etc.

La pièce principale de la session était la communication de M. Pasteur sur l'atténuation des virus en général et sur celui de la rage en particulier. Comme l'éminent savant l'a rappelé, nos congrès sont en quelque sorte les étapes de la science, ils marquent les grands points de direction que celle-ci a suivis et doit encore suivre. Il y a trois ans, la doctrine microbienne était encore fortement attaquée; les partisans de la doctrine de la génération spontanée, de ceux qui disent que la maladie naît en nous et par nous, ont reçu de nombreuses atteintes depuis le congrès de Londres; la question de l'atténuation des virus date aussi de ce congrès, et l'application des virus atténués au traitement des maladies contagieuses des animaux a fait de grands progrès depuis. S'arrêtera-t-on là ? se bornera-t-on à préserver les animaux des maladies contagieuses, et n'appliquera-t-on pas les méthodes de préservation à l'homme, par exemple dans les maladies qui sont communes aux deux espèces et dans lesquelles les résultats fournis par l'inoculation chez les animaux pourront servir d'expériences pour l'homme? Dans le charbon, commun à l'homme et à l'animal, on arrivera peut-être à être obligé de prendre pour l'homme des mesures prophylactiques; et peut-être aussi, en employant non pas seulement deux vaccinations avec deux virus d'intensité croissante, mais 4, 6 vaccinations, pourrait-on parvenir à ce résultat. Mais si l'expérimentation sur l'animal est permise, l'expérimentation sur l'homme est un crime. C'est pourquoi on a avancé si lentement dans l'étude des maladies contagieuses chez l'homme et dans leur prophylaxie. Il faut donc se borner pour le moment à l'étude nécessaire des maladies communes aux deux espèces, et c'est pourquoi, après avoir élucidé la prophylaxie des maladies charbonneuses, M. Pasteur a abordé celle de la rage.

Les difficultés premières ont été très grandes, pour divers motifs que nous n'avons pas à rappeler ici, et qui ont pu être en partie vaincues grâce à l'appui moral, administratif et pécuniaire accordé à M. Pasteur par le gouvernement français. Nous ne nous étendrons pas davantage sur toutes les péripéties des expériences entreprises, et au sujet desquelles M. Pasteur est entré dans les détails les plus minutieux ; ils ont déjà été indiqués en substance dans la note qu'ont publiée tous les journaux il y a quelques semaines.

Une coïncidence assez curieuse a donné à cette conférence un intérêt tout particulier; le matin même, les journaux nous avaient apporté la nouvelle que le rapport de la commission nommée par le ministre de l'instruction publique pour examiner les résultats annoncés par M. Pasteur dans sa première note, que ce rapport, dis-je, avait paru à l'*Officiel* et confirmait pleinement les résultats. L'orateur put donc affirmer, s'appuyant sur ses expériences propres et sur celles de la commission composée de MM. Béclard, Bouley, Villemin, etc. :

1° Que la rage provient toujours d'une morsure d'un chien enragé. Sans doute il y a eu à l'origine un premier cas de rage dont il est difficile d'expliquer la source; mais sait-on davantage d'où est sorti le premier gland qui a servi à former le premier chêne? Il y a comme cela dans la nature bien des choses qu'on ne peut pas expliquer, mais dont on ne doit pas pour cela nier la réalité.

2° Que le virus de la rage se développe dans le système nerveux, le bulbe en particulier.

3° Que chez un animal mort de la rage, on peut toujours trouver dans le bulbe le virus rabique, et produire la rage chez un chien, un lapin ou un cobaye, etc. indemne, dans des délais variables avec l'espèce animale, par l'inoculation du virus dans la cavité arachnoïdienne du cerveau, le virus étant préparé en faisant macérer une certaine quantité de bulbe d'animal enragé, dans environ trois fois la même quantité d'eau.

4° Qu'on peut atténuer le virus rabique par des inoculations successives de ce virus pris sur un chien, puis inoculé à des singes. En passant d'un singe à un autre, le virus diminue d'intensité, c'est-à-dire qu'il produit la rage au bout d'un temps de plus en plus grand ; et si à une certaine époque on inocule à un chien le virus provenant d'un singe rendu rabique avec un virus atténué, le chien ne contracte plus la rage, et il est impossible de la lui communiquer par des injections de virus plus intense. Il a donc été vacciné par le virus atténué, et atténué en passant par le singe.

Quant au microbe de la rage, il a été jusqu'alors impossible de le trouver malgré des expériences multiples. Mais cela n'enlève rien à la théorie de la virulence de la rage au point de vue de sa réalité et de son atténuation.

M. le professeur Bouchard, qui présidait la séance, a demandé à l'assistance de remercier M. Pasteur de sa communication non-seulement à cause de son intérêt scientifique actuel, mais à cause des résultats qu'elle est appelée à produire et qui mériteraient certainement à son auteur le titre de bienfaiteur de l'humanité. Des acclamations unanimes ont accueilli la proposition de M. Bouchard.

La conférence de M. Tommasi Crudeli (de Rome), faite mardi sur la production naturelle de la malaria et les assainissements des terrains malariques, a été le résumé, un peu trop long peut-être, de nos connaissances à ce sujet. L'orateur a insisté surtout sur ces points, que tous les marais n'étaient pas fatalement doués de propriétés délétères capables d'engendrer la malaria, et que celle-ci pouvait naître dans des pays absolument exempts de marais. La malaria, le paludisme, le tellurisme a pour agent des germes qui, pour se développer, ont besoin de trois conditions : lumière et chaleur, air, humidité. Si l'une des trois vient à manquer, la malaria cesse d'exister. Si, par exemple, on soustrait les germes au contact de l'air par des cultures, des plantations de gazon, on assainit ainsi le pays ; si l'hiver est chaud, il peut éclater dans cette saison des épidémies de fièvre malarique ; en été, la sécheresse du sol les fait disparaître, mais elles peuvent revenir si la saison est pluvieuse. Partant de ces données, M. Tommasi Crudeli discute la valeur des déboisements, des reboisements, des cultures, des plantations d'eucalyptus sur l'assainissement des contrées malariques, et conclut que ces moyens ne sont pas applicables à tous les cas, à toutes les régions, et que, bons dans certaines conditions, ils peuvent devenir mauvais dans les conditions opposées. C'est là évidemment la cause des contradictions qui règnent dans la science sur ces sujets.

Il ne suffit pas toutefois de chercher à améliorer le terrain, il faut aussi améliorer la constitution des individus qui y habitent, pour leur permettre de résister aux mauvais effets de l'influence malarique. Pour cela, M. Tommasi Crudeli n'est pas partisan de la quinine ; il trouve que cette substance, très précieuse dans les cas aigus, est plus nuisible qu'utile dans le paludisme chronique. Il préconise, depuis 1881, l'arsenic, qui lui a donné d'excellents résultats. Un autre moyen, un peu empirique, à la vérité, et dont l'auditoire a été assez étonné d'entendre vanter les propriétés en quelque sorte spécifiques, c'est l'infusion de citron. M. Tommasi Crudeli a dû lire cet étonnement sur la figure de ses auditeurs, car il s'est hâté de défendre sa médication.

« Je sais bien, dit-il, que c'est un remède de bonne femme ; mais le quinquina n'était-il pas aussi un remède de bonne femme et même de femme sauvage, lorsque la comtesse del Cinchon en éprouva les heureuses propriétés. Si l'on avait attendu pour s'en servir que ces propriétés eussent été étudiées et établies scientifiquement, peut-être en serions-nous encore aujourd'hui, sur cette question, au même point qu'au XVIe siècle ! Donc j'ai cru devoir préconiser l'infusion de citron, quoique empiriquement, parce qu'elle passe dans un pays malarique, comme souveraine contre la malaria ! »

Soit, mais on pouvait néanmoins trouver étrange d'entendre préconiser, devant une assemblée qui a pour but de faire progresser les sciences médicales, l'arsenic que tout le monde, du moins en France, emploie contre le paludisme depuis Boudin (et cela ne date pas d'hier, bien que M. Tommasi Crudeli ne l'utilise que depuis trois ans), et un remède empirique. Depuis trois ans, pourquoi n'avoir pas étudié scientifiquement les substances actives, antimalariques, du citron ? Au moins les apparences auraient été gardées, et nous n'aurions pas à enregistrer cette ombre jetée sur la communication de M. Tommasi Crudeli, faite en excellent français, ce qui nous disposait fort à l'indulgence.

M. Verneuil, qui a succédé au précédent orateur, ne jouissait pas de tous ses moyens ; un malencontreux courant d'air lui avait apporté un coryza, affection sans gravité heureusement, mais assez gênante quand on veut parler trois quarts d'heure, même sur un sujet que l'on possède admirablement. Hâtons-nous de dire que, les premiers embarras du début écartés, M. Verneuil ne paraissait plus se ressentir de son indisposition, et qu'il a pu nous faire de la *diathèse néoplasique* un de ces exposés lumineux dont il a le secret.

Qu'est-ce que la diathèse néoplasique ? C'est un état de l'individu qui le prédispose au néoplasme. Cette réponse ne fait que reculer la question, car cette prédisposition au néoplasme est-elle la même pour un cancer que pour un lipome, pour un fibrome que pour un sarcome, etc. ? Car on a fait pour toutes ces tumeurs des diathèses diverses Quand on a dit qu'un sujet atteint de gommes multiples était atteint de la diathèse gommeuse, on sait bien que cela veut dire qu'il est sous l'influence de la syphilis. Quand il porte un cancer, on dit qu'il est atteint de la diathèse cancéreuse, mais quelle

est la dyscrasie qui domine la diathèse cancéreuse? Pour M. Verneuil, c'est l'arthritisme, et il tire cette conclusion d'une série de raisonnements.

Il est nécessaire tout d'abord de bien définir le néoplasme. C'est un *organe accidentel, définitif, superflu, nuisible, constitué par l'hyperplasie d'éléments anatomiques et de tissus altérés morphologiquement et chimiquement sans doute; siège d'une nutrition pervertie et désordonnée, enfin, manifestation locale d'une diathèse particulière dérivant de la dyscrasie arthritique.*

Cette classe paraît contenir des unités fort dissemblables, mais elles n'ont pas moins entre elles des relations étroites; car dans une même famille elles peuvent se suppléer, alterner, etc.

Un premier point à chercher dans la question était de savoir si tous les néoplasiques étaient arthritiques, mais cela n'était pas facile. Il fallait faire l'inventaire de toutes les manifestations de l'arthritisme interne et externe, et voir si on les rencontrait chez les sujets atteints de néoplasme; or on les a trouvés, soit avant, soit après cette apparition.

D'autre part, ce qui constitue une famille, c'est non seulement les sympathies, les affinités, mais encore les antipathies; or il existe entre l'arthritisme et la tuberculose une sorte d'antagonisme qu'on retrouve entre la tuberculose et le cancer. Les cancéreux peuvent bien à la vérité devenir phthisiques, mais jamais, et Lebert avait déjà fait cette remarque, on n'a vu un phthisique devenir cancéreux. Enfin, si on s'étonnait de voir ranger le lipome dans la même classe que le cancer le plus malin, on pourrait répondre que les familles naturelles présentent souvent de ces contrastes, et que les botanistes n'ont jamais songé à séparer en plusieurs familles différentes celle des solanées, sous prétexte que les unes étaient vireuses, comme la belladone, les autres comestibles, comme la pomme de terre, les autres simples plantes d'ornementation et d'autres enfin sans aucune utilité. Il doit en être de même de la classe des néoplasmes.

Ceux-ci donc survenant chez des sujets qui sont ou dont les ascendants ont été arthritiques, il est naturel de penser qu'ils dérivent de l'arthritisme.

Bazin, Hardy, Gigot-Suard, etc., avaient déjà émis cette idée; M. Verneuil l'a développée avec un grand luxe de preuves. Convaincra-t-il tous ceux que ses prédécesseurs avaient laissés incrédules? Je le désire, n'osant l'espérer, surtout parce que cette idée laisse encore après elle bien des inconnues relatives au traitement. Mais comme en définitive le traitement prophylactique du cancer n'existe pas encore et ne peut dériver que d'une étiologie vraie, exacte, il faut chercher dans cette voie. Velpeau avait dit que tout ce qu'on avait écrit jusqu'alors sur cette question était si incertain, qu'on était autorisé à émettre toutes les hypothèses possibles. Celle de M. Verneuil est à coup sûr très séduisante, et a d'autant plus de chances d'être vraie qu'elle est basée sur des faits déjà très nombreux.

L.-H. Petit.

L'épidémie cholérique de 1884.

Aux départements déjà contaminés s'ajoutent ceux du Rhône et de l'Yonne. En effet, le 16 août, il y a eu à *Lyon* un cas foudroyant, et dans le département de l'*Yonne*, depuis le 10 août, un foyer cholérique à Puits-le-Bon, village de l'arrondissement d'Auxerre. Avant de mentionner ce renseignement, nous avons attendu des informations plus certaines nous annonçant que, du 10 au 13 août, on a constaté dans cette commune 14 cas et 7 décès; le 14, 1 cas; le 15, 4 cas et 2 décès, et le 16, un seul cas. De plus, fait qui témoignerait bien de la nature asiatique de la maladie, mais qui ne la démontre pas d'une manière absolue, à Accolais, localité voisine, on signale, le 16, parmi des personnes venant de Puits-le-Bon, 2 cas et 1 décès. L'origine de ce foyer n'est pas déterminée, aucun des cholériques n'ayant été en contact avec des émigrés.

Dans le *Var*: la mortalité a été peu élevée à *Toulon*: du 14 au 15 (2 décès cholériques), du 15 au 16 (3 décès), et du 16 au 17 (5 décès); mais les dernières dépêches annoncent 7 décès et 11 cas graves jusqu'au 17, à midi. Au hameau de Sênes, habité par 37 personnes, et situé auprès de Cuers, il y a eu 15 malades et 5 décès depuis deux jours.

En *Provence*: On a constaté à *Marseille*, du 13 au 14, 45 décès, dont 20 cholériques; du 14 au 15, 45, dont 14 cholériques; à *Arles*, du 13 au 14, 3 décès; du 14 au 15, 3 décès; à *Aix*, du 13 au 14, 2 décès à l'hospice des aliénés; du 14 au 15, 2 décès, un en ville, l'autre dans ce même établissement où il existait 12 malades graves en traitement; à *Nîmes*, du 14 au 15, 2 décès; à Bessèges, 1 décès; à Tuissac, 1 décès; du 15 au 16, 2 cas à Valabrègues et 2 cas à Bouillargues; enfin, à *Avignon*, le 15, 6 décès à l'asile des aliénés de Montdevergues, et, le 16, 2 décès, dont un en ville et l'autre à cet hospice.

Dans l'*Hérault*, il y avait dans le département 32 malades en traitement, et 8 décès du 13 au 14; 4 décès à Cette, 3 à Gigean et à Saint-Banzille de la Sylvie; du 14 au 15, 5 décès à Cette, 1 à Gigean, et, du 16 au 17 août, 2 décès à Lunel, 3 à Gigean, 4 à Pomerols et 2 cas à Capestang.

L'amélioration est plus marquée dans l'*Aude*. Le 15, on observait 1 décès à Narbonne; du 14 au 15, 2 décès à Carcassonne, où le nombre des malades était de 13.

Dans les *Pyrénées-Orientales*, il y a eu, du 14 au 15, 6 décès à Perpignan, 5 à Rivesaltes; du 15 au 16, 1 cas à Perpignan; 1 décès à Boule-Fernière; 4 cas et 2 décès à Catelar; 3 cas et 2 décès à Saint-Michel-de-Clottes; 5 décès à Saint-Filieu-d'Avoil et, du 16 au 17, 2 décès à Perpignan.

Enfin dans les *Basses-Alpes*, on signale aux Omergues 5 décès le 13, 3 le 14, 2 le 15, 2 le 16, des cas isolés dans la vallée du Jabian et l'invasion de Gap par l'épidémie. Le 15, il y a eu 2 décès dans cette ville.

En *Italie*, le bulletin officiel mentionne : le 14 août, dans les provinces de Parme, 2 cas et 1 décès ; de Turin, 1 cas et 1 décès ; de Cunéo, 1 cas et 1 décès ; de Cozenza, 1 cas ; le 15 août : 1 décès au larazet de Vintimille ; 6 cas et 3 décès dans la province de Turin ; 2 cas et 2 décès dans celle de Porto-Maurizio, 3 cas et 1 décès dans celle de Parme, 6 cas et 1 décès dans celle de Massa, 13 cas et 10 décès dans celle de Campo-Basso ; le 16 août, 4 cas et 2 décès dans celle de Massa, 3 cas et 2 décès dans celle de Parme, 1 décès dans celle de Porto-Maurizio, 4 cas et 3 décès dans celle de Turin.

C. L. D.

REVUE DES JOURNAUX

Traumatisme du nerf médian; opération quatre mois après l'accident; guérison, par Hugh Rayner. (*The Lancet*, 15 mars 1884.) — L'observation suivante offrant un vif intérêt, nous la rapporterons avec quelques détails.

On sait que, l'année dernière, M. Richelot publiait un fait de résection du nerf médiant dans une certaine longueur de son parcours, pour une tumeur fibro-plastique résultant d'un traumatisme de l'avant-bras ; résection suivie du retour de la sensibilité et de la motilité longtemps après (1).

Cet auteur sollicitait de nouvelles observations permettant d'établir que ce que l'on observe chez les animaux auxquels on a pratiqué des résections nerveuses se passe également chez l'homme, et que l'on peut espérer de voir le tissu nerveux se régénérer, rétablissant les fonctions du nerf avec la continuité de ses deux bouts momentanément séparés.

Aux deux observations que nous avons déjà publiées (2), nous sommes heureux d'ajouter ce nouveau témoignage en faveur de cette conquête nouvelle de la chirurgie, qui était restée jusqu'ici dans le domaine de la théorie à l'état de simple *desideratum*.

Il s'agit d'un sujet mâle de 15 ans, qui se présenta à l'infirmerie royale de Liverpool vers la fin du mois de novembre de l'année 1881, se plaignant de faiblesse et d'insensibilité de la main gauche. Au mois de septembre, il avait été atteint à la face antérieure du poignet gauche par un éclat de verre résultant de l'explosion d'un siphon d'eau de seltz. La plaie, assez profonde, s'était cicatrisée en trois semaines.

Les masses musculaires de la main étaient atrophiées, surtout celles de la région de l'éminence thénar. Cette atrophie avait débuté avec le commencement de la cicatrisation de la plaie du poignet.

Sur l'extrémité inférieure de l'avant-bras, à environ un pouce au-dessus du pli de flexion du poignet, se voyait une cicatrice dure, dense, transversalement placée. La perte de la sensibilité était complète aux deux premiers doigts et à l'extrémité du pouce, elle était seulement partielle pour la dernière phalange de l'annulaire, mais sur toute la face palmaire de ce dernier; c'est à peine si les piqûres d'épingle étaient perçues. Sur la face dorsale des doigts, dans la moitié radiale de la paume de la main, la sensibilité était très diminuée; à la face dorsale, elle n'avait subi aucune modification appréciable. Le pouce, l'indicateur, le médian étaient paralysés, et l'annulaire et l'auriculaire ne pou-

(1) *Union médicale*, 20 et 22 juin 1883.

(2) Voir *Union médicale*. 1883, novembre. — Il faut ajouter aujourd'hui à ces faits les deux observations présentées dernièrement par M. Tillaux à l'Académie des sciences.

vaient exécuter que de très légers mouvements de flexion. La main était semi-fléchie sur l'avant-bras.

Admis à l'infirmerie le 3 janvier 1882, le malade y subit l'opération suivante :

Par une incision longitudinale de 0,055 environ, on fend la cicatrice, et par une dissection minutieuse, on isole le médian en procédant de haut en bas.

Quelques coups de scalpel suffisent, au niveau de la cicatrice, pour séparer le tissu du nerf du tissu cicatriciel épaissi autour de lui. Avant de pénétrer dans ce tissu cicatriciel, le nerf médian présentait un renflement fusiforme très développé, et dans son trajet à travers le tissu fibreux, il était réduit à un cordon quatre fois plus petit que normalement.

On excise largement le tissu cicatriciel, on suture les bords de la plaie en laissant un fragment de catgut comme drain.

Naturellement, l'opération est faite dans les conditions rigoureuses d'antisepsie. Deux jours après, la sensibilité revenait encore obtuse dans les extrémités des doigts et du pouce, et elle s'amendait dans les régions où elle était primitivement compromise. L'amélioration se fit par degrés, et au bout de trois semaines, le malade pouvait dire, les yeux fermés, quels étaient les points qu'on piquait avec l'épingle.

La plaie se cicatrisa complètement en une huitaine de jours. Le 7 février, le malade quittait l'infirmerie, ayant assez recouvré les mouvements de la main pour pouvoir tourner le bouton de la porte de la salle. Pendant les cinq semaines qui suivirent, on le revit, à titre de malade du dehors; l'amélioration se perfectionna progressivement.

Il y a trois mois, le docteur Hugh Rayner l'a retrouvé à Liverpool, où il est employé dans une fabrique de papier; son principal travail consiste à charger sur la voiture de lourds ballots de marchandises. La main paralysée est redevenue aussi forte que l'autre, deux ans après l'opération. Mais l'ex-malade affirme qu'il n'a pas fallu moins de douze mois pour l'entière restauration de la motilité et de la sensibilité.

Dans ce cas, deux hypothèses sont en présence. Ou bien on peut admettre qu'au moment de l'accident le nerf fut complètement divisé, et que lorsqu'on le découvrit par l'incision, les éléments nerveux étaient en voie de reproduction; ou bien, ce qui est plus probable d'après l'auteur, que la division ne fut que partielle et que le tissu de cicatrice comprimait ce qui restait des éléments nerveux en continuité.

Ce cas est un nouveau témoignage en faveur de cette proposition formulée en Angleterre par Bowlby dans son essai pour le prix Jacksonien en 1883, et par M. Richelot en France, à savoir que chez l'homme comme chez les animaux, la réparation des nerfs sectionnés ou détruits par le traumatisme est possible, et que si elle n'a pas été considérée comme telle jusqu'ici, c'est qu'il faut pour cette reproduction et pour la réintégration fonctionnelle des semaines, des mois, des années même, c'est-à-dire un laps de temps qui excède la durée ordinaire des périodes d'observation.

Aussi, dans tels cas d'affection chirurgicale des cordons nerveux où l'intervention opératoire semble n'avoir donné qu'un insuccès, il se peut faire que le résultat s'en montre au contraire des plus satisfaisants, si on vient à revoir le malade au bout d'un an ou deux. — L. Dn.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 août 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

SOMMAIRE : Présentation de malades : Restauration du nez ; ablation d'une masse polypeuse sur l'utérus inversé ; amputation de cuisse pour une gangrène des extrémités ; discussion.

M. POLAILLON présente un malade auquel il a fait avec succès, par un procédé particulier, la restauration du nez, dont l'aile droite avait été complètement détruite.

A l'occasion de cette présentation, M. DESPRÈS cite le cas d'un individu qui avait eu le nez emporté par une morsure de chien. Une première opération d'autoplastie avait été suivie, par le retrait du tissu inodulaire, de déviation de la pointe du nez telle qu'il en résultait une difformité hideuse. Par le simple déplacement de la sous-cloison, M. Desprès est parvenu à corriger cette défectuosité.

— M. POLAILLON donne des nouvelles de la malade à laquelle il a pratiqué l'ablation

d'une masse polypeuse attachée au fond de l'utérus et ayant amené l'inversion complète de cet organe.

Il y a trois semaines que cette femme a été opérée; la cavité péritonéale, comme on sait, avait été ouverte et la plaie avait été fermée au moyen du serre-nœud de M. Périer. Le serre-nœud est tombé vers le quatorzième jour et l'on a constaté que la cavité péritonéale était oblitérée. La malade a eu de la septicémie, mais voilà maintenant trois semaines qu'elle a été opérée et il y a lieu de croire qu'elle pourra être sauvée.

— M. Desprès présente un malade, jeune homme de 27 ans, à qui il a pratiqué l'amputation de la cuisse pour une gangrène de l'extrémité du membre inférieur droit. Ce malade était entré à la Charité, dans le service de M. Desnos, pour des douleurs très vives qu'il éprouvait dans les deux membres inférieurs, principalement dans celui du côté droit. Dans une consultation qui eut lieu entre M. Desnos et M. Desprès, le diagnostic gangrène des extrémités fut établi, et l'on convint d'appliquer des vésicatoires et de donner de l'iodure de potassium. Malgré ce traitement, les douleurs devinrent tellement violentes qu'il fallut recourir aux injections de morphine répétées jusqu'à dix fois par jour. En même temps, une plaque noire apparut à l'orteil et envahit progressivement le pied.

Vers le 7 juillet, le malade avait de la fièvre, le soir, avec une température de plus de 38° et des sueurs profuses. Il passa alors du service de M. Desnos dans celui de M. Desprès, qui, sur ses instances, se décida à lui pratiquer l'amputation du membre.

Bien que la gangrène ne remontât pas au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne, M. Desprès crut devoir sacrifier toute la jambe et faire l'amputation au niveau du tiers inférieur de la cuisse. Dans un cas où il avait pratiqué, pour une gangrène du pied, une amputation au tiers supérieur de la jambe, il a reconnu, après l'opération, qu'il y avait une gangrène des muscles du mollet; et cependant il existait un sillon d'élimination parfaitement caractérisé. De ce jour, M. Desprès jura de ne plus faire l'amputation de la jambe pour une gangrène du pied, et de recourir de préférence à l'amputation de la cuisse pour des gangrènes qui remontaient jusqu'au genou, et il a constaté, après l'opération, que la gangrène existait dans les muscles de la cuisse.

Voilà pourquoi M. Desprès a pratiqué l'amputation de la cuisse pour une gangrène du pied. Toutes les artères du membre qui donnaient du sang ont pu être liées sans que l'on constatât la moindre trace d'ossification dans les vaisseaux. L'examen de la partie du membre enlevée n'a fait découvrir pareillement ni oblitération des artères, ni incrustation de leurs parois, ni embolie, ni, en un mot, aucun des caractères assignés à la gangrène dite *sénile*. Bien que le malade eût les apparences d'un cachectique, il n'y avait pas d'albumine dans les urines ; il n'existait pas non plus de signe d'aucune autre dyscrasie.

Toutefois, le malade était syphilitique depuis un an, et la syphilis manifestée d'abord par un chancre induré, puis par des plaques muqueuses, était chez lui en pleine évolution lorsque M. Desprès lui a pratiqué l'amputation de la cuisse. En dépit des nouvelles doctrines qu'on cherche à faire prévaloir touchant le danger des opérations pratiquées chez les individus ayant des états diathésiques, le malade a parfaitement supporté son opération; la température n'est pas montée au-dessus de 39°, si ce n'est le 26 juillet, où le thermomètre a marqué 40° par suite de la rétention du pus, pour descendre, dès le lendemain, à 38, puis à 37,5, température qui n'a plus varié jusqu'à ce jour. Le malade, arrivé au vingt-huitième jour de son opération, se lève et se promène depuis six jours sans éprouver de fatigue; il peut être, dès à présent, considéré comme étant complètement guéri, bien que la plaie ne soit pas encore tout à fait cicatrisée.

M. Desprès a pratiqué cinq fois l'amputation pour des cas de gangrène des extrémités; c'est la première fois qu'il voit un malade guérir aussi facilement des suites de cette opération. C'est là un fait qui lui a paru assez exceptionnel pour mériter d'être communiqué à la Société de chirurgie. Le pansement, d'ailleurs, a été celui que M. Desprès se plaît à désigner sous le nom de pansement « sale », fait avec le vieux cérat des hôpitaux, et qu'il aime à opposer à la luxueuse propreté des pansements antiseptiques.

Le malade de M. Desprès est amené dans la salle des séances, et son moignon, débarrassé des pièces du pansement sale affectionné par M. Desprès, est mis sous les yeux des membres de la Société de chirurgie.

M. Léon Labbé ne peut maîtriser un haut-le-cœur à la vue de ce moignon et à l'odeur du pansement qui le recouvre. Il demande à M. Desprès quel inconvénient il peut

trouver à la propreté des pansements et quel avantage à ce dédain systématique qu'il professe pour les progrès que la pratique chirurgicale a accomplis sur ce point dans ces dernières années.

M. Berger fait remarquer qu'il existe certaines variétés de gangrène spontanée dont la pathogénie nous échappe. Il a eu l'occasion d'observer un jeune homme qui, sans nul antécédent morbide, au milieu des conditions d'une bonne santé habituelle, fut pris de douleurs excessives dans les extrémités inférieures, suivies de l'apparition de plaques gangréneuses sur le pied et la partie inférieure de la jambe. Pendant tout le temps que le malade a passé dans les salles de l'hôpital, il n'a pas été possible de découvrir le moindre signe d'une affection dyscrasique, d'une cause, soit générale, soit locale, capable de donner l'explication de cette maladie. Dans les recherches qu'il a faites à cette occasion dans la littérature médicale française ou étrangère, M. Berger a constaté que, parmi les causes indiquées par les auteurs dans l'étiologie de la gangrène spontanée, pas une seule ne s'appliquait à ce cas.

En ce qui concerne la conduite à tenir par le chirurgien en pareille circonstance, M. Berger, tout en admettant que, dans certains cas, on peut pratiquer l'amputation comme l'a fait M. Desprès, en remontant très haut, loin du siège de la gangrène, sans attendre la délimitation complète du mal, cependant son expérience personnelle le fait incliner vers le principe de la non-intervention avant que la gangrène se soit séparée elle-même par délimitation des parties saines. En effet, ayant pratiqué l'amputation de la cuisse dans un cas de gangrène limitée en apparence au pied et à la partie inférieure de la jambe, il a trouvé, après l'opération, une altération de l'artère fémorale tellement marquée qu'il ne lui fut pas possible d'en pratiquer la ligature et qu'il dut employer la forcipressure à l'aide de deux pinces appliquées l'une au-dessus de l'autre; le lendemain, le moignon était envahi par la gangrène.

M. Lucas-Championnière ne trouve pas que le malade de M. Desprès puisse être considéré comme guéri et mis à l'abri de toute récidive. Il a amputé, il y a quelque temps, un jeune homme atteint de gangrène sénile et chez lequel la récidive se fit assez longtemps attendre après l'opération Il est vrai que les parois artérielles étaient épaissies et les vaisseaux altérés.

On connaît assez mal, du reste, les conditions étiologiques qui président au développement de ces gangrènes. M. Lucas-Championnière a été appelé récemment auprès d'un jeune homme atteint d'albuminurie et qui, trois jours auparavant, avait présenté quelques taches gangréneuses sur le pied. Il fut stupéfait de voir tout le membre inférieur réduit en quelque sorte à l'état de bouillie par suite des progrès de cette gangrène véritablement foudroyante; il n'avait jamais rien vu de semblable.

M. Reclus pense que souvent, même quand il s'agit de vieillards, il est difficile d'expliquer certains faits de gangrène spontanée. Chez un vieillard de Bicêtre, dont les artères étaient ossifiées et dont, en particulier, l'artère dorsale de la verge était extrêmement épaissie, M. Reclus a vu survenir une gangrène de la verge, bien que l'artère fût restée absolument perméable jusque dans le foyer de la gangrène. L'autopsie n'a fait découvrir aucune espèce d'oblitération artérielle.

A Sainte-Foy, dans le département de la Gironde, M. Reclus a été appelé auprès d'un vieillard de 72 ans atteint de gangrène spontanée des extrémités. Malgré son âge, cet homme ne présentait aucun signe de déchéance organique, et il eût pu facilement cacher quinze années de son âge. L'examen des urines ne révéla l'existence d'aucune dyscrasie, et il fut impossible de découvrir quoi que ce fût qui expliquât l'apparition de cette gangrène qui remontait jusqu'au genou.

La pathogénie de la gangrène dite sénile est donc encore entourée d'obscurités.

M. Desprès estime que, depuis les travaux de François, il a été ajouté peu de chose à ce que ce chirurgien a écrit touchant la gangrène spontanée chez les vieillards. La science lui paraît fixée sur ce point. Pour lui, dans toutes les autopsies qu'il a eu l'occasion de faire, il a toujours trouvé des lésions artérielles, endartérite, ossifications, incrustations calcaires, épaississement des parois, oblitérations par des caillots, etc.; mais, en ce qui concerne la gangrène spontanée chez les jeunes gens, comme MM. Berger, Lucas-Championnière viennent d'en citer des exemples, auxquels il faut ajouter celui du malade actuellement présenté à la Société de chirurgie, M. Desprès déclare que la pathogénie de ces faits n'est nullement éclaircie. L'asphyxie locale de Maurice Raynaud ne suffit pas à les expliquer.

Pour justifier la conduite qu'il a tenue en cette circonstance, M. Desprès rappelle que son malade éprouvait des douleurs tellement violentes qu'il réclamait des piqûres de

morphine plus de dix fois dans la journée et suppliait instamment qu'on le débarrassât de son membre. Il croit qu'à partir du quinzième au vingtième jour après l'opération, il n'y a plus à craindre le retour de la gangrène et que son malade peut être justement considéré dès à présent comme entièrement guéri, bien qu'il existe encore sur le moignon quelques points de suppuration.

M. Lannelongue a eu l'occasion d'observer à Bicêtre la gangrène des vieillards, et il a constamment trouvé, à l'autopsie, l'altération des parois artérielles et l'oblitération du calibre de ces vaisseaux. D'ailleurs, de ce que l'on n'a pas toujours constaté cette oblitération, ce n'est pas une raison pour dire qu'elle n'existe pas.

M. Lannelongue a également observé la gangrène spontanée chez les enfants, et il a constaté aussi l'oblitération des branches artérielles se rendant à la partie atteinte de gangrène. La marche de la maladie peut être très rapide; il a vu parfois en cinq ou six jours les deux membres inférieurs et les oreilles envahis par le sphacèle. Mais cette marche est généralement plus lente. Il a toujours vu une altération des parois, les signes de l'artérite et de l'endartérite, avec ou sans oblitération. Toutefois, il admet que, dans un certain nombre de cas, la gangrène spontanée peut exister sans qu'il y ait dans l'économie rien qui en explique le développement.

— M. le Président annonce que la Société de chirurgie entre en vacances; la rentrée aura lieu le mercredi 1er octobre. A. T.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 8 au 14 août 1884. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1196. — Fièvre typhoïde, 42. — Variole, 1. — Rougeole, 19. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 13. — Diphthérie, croup, 36. — Dysentérie, 2. — Erysipèle, 9. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. aiguë), 51. — Phthisie pulmonaire, 202. — Autres tuberculoses, 18. — Autres affections générales, 68. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 44. — Bronchite aiguë, 6. — Pneumonie, 55. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 166; au sein et mixte, 84; inconnues, 20. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 103 ; circulatoire, 66 ; respiratoire, 47 ; digestif, 65 ; génito-urinaire, 21 ; de la peau et du tissu lamineux, 4 ; des os, articulat. et muscles, 7. — Morts violentes, 34 — Causes non classées, 5.

Le service de la Statistique municipale a reçu, cette semaine, notification de 1,196 décès, au lieu de 1,080 qui s'étaient produits pendant la semaine précédente,

Cette augmentation est due principalement à l'Athrepsie des jeunes enfants, qui a fait, pendant la semaine écoulée, 270 victimes. C'est le chiffre le plus élevé que nous ayons eu à constater cette année ; il dépasse notablement la moyenne, déjà très forte,des cinq dernières semaines : 209

La comparaison des chiffres des décès dus aux maladies épidémiques pendant les deux dernières semaines conduit aux constatations suivantes :

La mortalité typhoïdique se maintient au chiffre élevé signalé dans le précédent Bulletin (42 décès pendant la trente-troisième semaine, 44 pendant la trente-deuxième). La situation hebdomadaire des hôpitaux, communiquée par l'Assistance publique, signale 126 admissions pour Fièvre typhoïde au lieu de 91 constatées pendant la semaine précédente.

La Rougeole a causé 19 décès, chiffre égal à celui du dernier Bulletin. Le quartier de la Gare entre dans ce chiffre pour 2 décès et celui de Necker pour 4.

La Scarlatine (3 décès au lieu de 2) et la Coqueluche (13 au lieu de 11) ne présentent que des variations insignifiantes.

Il n'en est pas de même de la diphthérie (36 décès au lieu de 16) ; cette recrudescence inattendue sera probablement passagère. L'étude de la répartition locale indique comme plus particulièrement frappés les quartiers de la Folie-Méricourt, de la Gare, de la Goutte-d'Or, du Père-Lachaise (chacun 2 décès), des Ternes (3 décès).

Le service de Statistique a reçu avis d'un cas de diarrhée suivi de mort, qualifié « diarrhée cholériforme » par le médecin de l'état civil et « chol ra » par le médecin traitant, qui ne dit pas cependant quels sont les symptômes qu'il a observés. Un cas de choléra nostras, ayant entraîné la mort, s'est produit dans le XVIIIe arrondissement ; mais, nous dit le médecin traitant, le décédé avait une diarrhée chronique, il mangeait beaucoup de fruits; il convient donc de ne pas s'exagérer la portée de ce cas. Un autre de nos confrères a constaté chez une personne à laquelle il a donné ses soins, les symptômes du

choléra. Mais il nous informe qu'il est parvenu à conjurer une terminaison fatale et qu'à l'heure actuelle la malade va bien

Le service de Statistique a reçu notification de 386 mariages et de 1,189 naissances d'enfants vivants (589 garçons, 600 filles) dont 887 légitimes, 312 illégitimes. Parmi ces derniers, 54 ont été reconnus immédiatement par l'un des parents ou par les deux.

Dr Jacques BERTILLON,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

COURRIER

CONCOURS. — Un concours public pour la nomination à une place de médecin-adjoint du service des aliénés dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière sera ouvert le lundi 20 octobre 1884, à midi, à l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique à Paris, avenue Victoria, n° 3.

MM. les docteurs qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration centrale, de midi à trois heures, et y déposer leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 15 septembre et sera clos le mercredi 1er octobre, à trois heures.

Les candidats doivent être âgés de vingt-huit ans au moins, justifier de leur qualité de Français, et soit de quatre années d'internat dans les hôpitaux et hospices de Paris ou dans les asiles publics d'aliénés et d'une année de doctorat; soit encore de cinq années de doctorat.

Les épreuves du concours sont réglées de la manière suivante : 1° une épreuve écrite sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux ; 2° une épreuve clinique commune sur un malade ; 3° une épreuve clinique sur les maladies mentales (un seul malade) ; 5° une épreuve écrite comprenant une consultation, après l'examen d'un aliéné, et un rapport sur un cas d'aliénation mentale ; 5° une épreuve clinique sur deux malades d'un service d'aliénés.

— Le gouvernement italien met au concours la question suivante :

Exposer les progrès faits dans ce siècle (en Italie et à l'étranger), dans l'étude anthropologique criminelle, et les théories soutenues par les auteurs les plus autorisés. Passer en revue les faits et les statistiques sur lesquels ces théories s'appuient, et les confirmer ou les combattre à l'aide d'autres faits et d'autres statistiques. Un prix de 2,000 fr. sera accordé au meilleur mémoire.

Les mémoires doivent être écrits en français ou en italien et adressés au ministre de l'intérieur du royaume d'Italie, avant le 31 décembre 1884.

NOMINATION. — Sont nommés officiers de l'instruction publique :

MM. le docteur Le Sourd, directeur de la *Gazette des hôpitaux ;* le docteur Chervin, à Paris ; Laroche, pharmacien à Paris ; Massie, pharmacien principal en retraite ; le docteur Métivier, médecin-inspecteur des écoles à Paris ; Tramond, préparateur à la Faculté de médecine de Paris ; le professeur Gras, médecin en chef de la marine ; le docteur Paul Gautrelet, directeur de l'École de médecine de Dijon ; le docteur Lacassagne, professeur à la Faculté de médecine de Lyon ; le docteur Danner, de l'École medecine de Tours ; Marchand, professeur à l'École de pharmacie de Paris ; le docteur Périer, chargé des fonctions d'agrégé près la Faculté de médecine de Bordeaux.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

BULLETIN

Académie de médecine, 19 août. — Après un duel de quelques minutes entre MM. Proust et Jules Guérin, deuxième rapport de M. Le Roy de Méricourt sur les « insanités » que le choléra fait éclore. Encore plus sommaire que le premier, ce second travail se termine par la mention d'une lettre de Magdebourg, dont l'auteur, commissionnaire en marchandises, propose un remède infaillible, sans le nommer, contre l'envoi d'un chèque de 20,000 francs. C'est le mot de la fin.

M. Marey voudrait que l'Académie votât quelques propositions sur lesquelles tout le monde serait d'accord, en laissant de côté les questions de doctrine. Ne pourrait-elle pas dire son opinion, en quelques formules précises, sur les eaux potables, sur la désinfection et l'enlèvement des matières fécales, etc. ? A l'instigation de M. Brouardel, qui désire qu'on profite du bon vouloir actuel des « sphères supérieures », et malgré l'opposition de M. Jules Guérin, qui voudrait qu'on ne fît rien avant d'avoir entendu son prochain discours, l'Académie renvoie le travail de M. Marey à la section d'hygiène.

Entre temps, M. Peter expose les idées de M. Queirel (de Marseille) sur l'épidémie, son développement dans la ville d'Arles, l'absence de toute constitution médicale ayant annoncé l'apparition du fléau, et profite de l'occasion pour parler en son propre nom et dire son fait au microbe cholérigène. Paraphrasant avec habileté le passage où MM. Straus et Roux constatent l'absence du bacille dans les cas rapides et foudroyants, et sa présence dans un certain nombre de choléras prolongés, M. Peter évoque la spontanéité morbide et montre l'organisme fabriquant *son* microbe...

— Mettons-nous à la place des habitants du midi et des médecins qui sont toujours aux prises avec le choléra. D'ici, nous voyons l'épidémie décroître et nous nous frottons les mains ; mais notre satisfaction n'est nullement partagée par les villes et les villages que la maladie effleure de son aile. Le fléau paraît diminuer parce qu'il s'étale; mais ceux qui le subissent depuis hier ne trouvent pas cette modification avantageuse.

Voilà pourquoi nous accueillons encore les documents qui nous arrivent et qui peuvent nous éclairer sur les caractères de l'épidémie actuelle. On verra dans celui-ci une nouvelle preuve que nulle période prémonitoire n'a pu faire songer cette année à une maladie née sur place.

« Il n'est que trop vrai, nous écrit M. le docteur Adolphe Dumas, que nous sommes à Cette en pleine épidémie de choléra; c'est vainement qu'on a voulu le cacher. Le premier cas a été constaté le 28 juillet; il a été foudroyant. D'autres l'ont suivi dans divers quartiers de la ville; du 11 au 12 août, sept morts; la moyenne est de quatre décès par jour.

« Avant l'apparition du fléau, l'état sanitaire était excellent. La mortalité des mois de juin et de juillet avait été inférieure à celle des mêmes mois de l'année dernière, comme le prouve une statistique publiée quelques jours auparavant par un journal du pays. Donc, il n'y a pas eu ici de période prémonitoire, comme je l'avais noté en 1865. Cette année-là, les mois de juin, juillet et août furent très meurtriers ; mais l'épidémie ne commença que plus tard, dans la seconde semaine de septembre. Elle fut sévère, car il y eut jusqu'à 15 décès par jour sur une population de 24,000 habitants (on en compte aujourd'hui 35,000).

« Les conditions hygiéniques de notre ville sont devenues bien meilleures. Il y a des

égouts dans presque toutes les rues, notamment dans le quartier haut de la ville qui en était alors dépourvu; et, fait significatif, ce quartier est épargné jusqu'ici (il n'en fut pas de même en 1865); c'est le bas quartier qui est presque seul atteint. Le défaut de pente expose les égouts à s'obstruer; serait-il bien cher et bien difficile d'y faire des chasses pour les nettoyer, dans une ville dont l'économie n'est pas précisément la qualité maîtresse et que sillonnent de nombreux canaux?

« Bien avant la venue du choléra, on avait usé et abusé des désinfectants dans les rues et les égouts. D'autre part, l'administration avait décidé de ne pas admettre un seul cholérique à l'hôpital. Est-ce à cette prudente mesure que les malades, blessés, vieillards et enfants qui l'habitent doivent d'avoir été épargnés jusqu'à cette heure, bien que le fléau ait frappé les rues voisines? Quelques baraquements du lazaret ont été concédés par le ministre de la guerre à l'administration de l'hôpital. Les deux internes, MM. Lachapelle et Scheydt, ont demandé ce poste d'honneur et ne l'ont pas quitté depuis le début de l'épidémie. Mon adjoint, le docteur Ducloux, depuis la mort de Maurice Cathala, est chargé du service.

« Disposés parallèlement, convenablement espacés, vastes et bien aérés, ces baraquements s'élèvent sur un plateau sec et aride, à roche vive, qui s'avance en promontoire dans la mer. Placés sur le versant sud-ouest de la montagne, ils sont complètement isolés et distants de un à deux kilomètres du centre de la ville. Jusqu'ici, une trentaine de cholériques y ont été admis.

« Aurons-nous cette année une épidémie sévère? Tout me porte à espérer le contraire. Depuis quinze jours qu'elle dure, nous n'avons pas dépassé le chiffre de 7 morts par vingt-quatre heures; en 1865, nous avions vite atteint et dépassé le double. D'autre part, il faut reconnaître que, s'il y a des cas légers, il y en a beaucoup de graves, de foudroyants, qui emportent les malheureux en huit, dix, douze heures, et cela sans aucun symptôme prémonitoire. En douze heures, j'ai ainsi perdu une jeune fille de 22 ans, emportée par un choléra sans cyanose, avec pâleur de la peau, sueurs froides profuses, absence du pouls dès le début, crampes violentes, etc. D'ailleurs, impuissance absolue de toutes les médications, y compris les injections d'éther.

« Comment le choléra nous est-il arrivé? Je n'hésite pas à incriminer la voie de mer. On a bien soumis les nombreux navires qui nous arrivent de Marseille à une quarantaine de trois jours, on les a placés à quelques encâblures du brise-lame, mais qui ne voit combien cette mesure est illusoire? Un cas de choléra ne peut-il se déclarer après les trois jours? Et le navire qui a reçu sa libre entrée accusera-t-il ce cas tardif pour recommencer la quarantaine? Evidemment non. Or, je sais pertinemment que le fait s'est présenté *au commencement de juillet*. Un cholérique a été soigné à bord, pendant un certain nombre d'heures avant le départ du vapeur; et ce vapeur était à quai.

« A côté de la voie de mer, il y a les canaux. Des barques nombreuses parcourent le canal de Beaucaire, des familles les habitent, et c'est dans une de ces barques, chez la femme du patron, que le troisième cas de l'épidémie actuelle a éclaté. Le second s'était montré sur un bateau à vapeur.

« La voie de terre était pour nous moins à craindre. Bien des émigrants n'ont fait que traverser nos gares, et, parmi ceux qui sont demeurés à Cette, aucun n'est tombé malade. Je crois donc pouvoir conclure: ici comme à Toulon, c'est par navire que le choléra nous est venu.

« Je ne veux pas clore cette lettre sans payer un juste tribut de regrets à la mémoire du jeune et distingué confrère dont j'ai déjà écrit le nom, le docteur Cathala fils, l'une des premières et des plus intéressantes victimes du fléau. Petit-fils de médecin, neveu d'un des premiers chirurgiens de Montpellier, mort aujourd'hui, le professeur Bertrand, parent du regretté professeur Bouisson dont il avait été l'élève, Maurice Cathala était le fils du respectable doyen des médecins de notre ville, qui depuis près de cinquante ans supporte parmi nous avec honneur et vaillance les fatigues de la profession. Etabli depuis deux ans à peine, médecin de la Compagnie du Midi, médecin-adjoint de l'hôpital, notre jeune confrère voyait s'ouvrir devant lui une brillante carrière. Chargé du service des cholériques au lazaret, surchargé de travail, s'oubliant lui-même pour soigner ses malades, il fut atteint par la contagion et emporté en moins de deux jours. C'est là une noble victime, dont le nom doit être inscrit au livre d'or de la profession médicale. Sa mort a été un deuil public, comme l'a prouvé l'imposante manifestation de ses funérailles; puisse ce témoignage d'universelle sympathie adoucir la douleur de notre malheureux et vénéré confrère. »

Nous ne pouvons mieux terminer que par ces paroles émues. La profes-

sion médicale est coutumière de ces éloges funèbres; elle en serait fière plutôt qu'attristée, s'il ne fallait penser aux pauvres survivants.

L.-G. R.

Scrofule et Tuberculose.

Par le docteur J. Grancher, agrégé de la Faculté, médecin de l'hôpital Necker.

Au xvie siècle, la scrofule et la tuberculose sont confondues, ou, pour mieux dire, il n'est question que de la scrofule déclarée contagieuse en plein Parlement. (28 nov. 1578.)

La tuberculose se dégage peu à peu de la scrofule avec les travaux de Morton, Sauvages, Portal, Baillic, Vetter et surtout Bayle. Laënnec achève la description du processus tuberculeux macroscopique et fonde la doctrine de l'*unité*.

Le duel entre la scrofule et la tuberculose est engagé. Les uns cherchent à renouer le fil de la tradition, ils invoquent une diathèse strumeuse qui commanderait en même temps à la scrofule et au tubercule (Hufeland, Delpech, Cruveilhier, Lugol, etc.). Les autres admettent le tubercule scrofuleux et le tubercule essentiel. (Lebert, Bazin, Virchow, etc.)

Vers 1860, la doctrine de Bazin et de Virchow triomphe en France et en Allemagne, mais les recherches nouvelles de l'histologie, de la pathologie expérimentale, de la microbiologie vont la ruiner de fond en comble.

A. L'histologie pathologique fait connaître les diverses phases d'évolution du tubercule : cellules géantes et embryonnaires, follicules tuberculeux, tubercules conglomérés. Elle nous apprend que toutes les variétés anatomiques ont la même structure générale, et que le tubercule granulation, le tubercule miliaire, le tubercule géant, le tubercule fibreux, ne sont que les formes diverses d'un même produit pathologique. (Hérard et Cornil, Charcot, Thaon, Lépine, Malassez, Schüppel, Grancher, etc.)

Par ces travaux, la dualité allemande est renversée au profit de l'unité de Laënnec, et le domaine de la tuberculose s'agrandit aux dépens de la scrofule : l'ostéite fongueuse, le lupus, l'abcès froid, les gommes cutanées, etc., sont proclamés tuberculeux. (Friedländer, Köster, Brissaud, Lannelongue, etc.)

B. La découverte de la virulence du tubercule par Villemin conduit aux mêmes conclusions, en y ajoutant la notion du parasite probable. La tuberculose expérimentale est obtenue à l'aide de toutes les formes anatomiques du tubercule, et le ganglion caséeux, comme le lupus, donne des résultats positifs, preuve de sa virulence. (Cohnheim, Salomonsen, Schüller, R. Koch, Pfeiffer, Doutrelepont, H. Martin, Cornil et Leloir, etc.)

C. R. Koch achève la démonstration. Il découvre le bacille tuberculeux et le montre dans le lupus comme dans le tubercule granulation, dans le tubercule fibreux et dans le tubercule géant. L'identité spécifique et la nature parasitaire de toutes les formes anatomiques, superficielles et profondes, locales et généralisées du tubercule, sont acquises définitivement.

Que reste-il à la scrofule? Les uns disent *rien* et les autres *quelque chose*. Pour ces derniers, la scrofule est un tempérament morbide, un terrain pathologique, une *diathèse* (Bouchard). La scrofule n'existerait pas en tant que maladie, mais comme prédisposition morbide, à l'état de lymphatisme exagéré ou *scrofulisme* (Villemin). Les manifestations extérieures se réduiraient aux eczémas, aux impétigos, aux gonflements exulcérés ou non des muqueuses, à quelques adénites superficielles, substratum insuffisant pour caractériser une maladie, suffisant pour trahir la nature d'un terrain morbide.

Il était donc intéressant de savoir si la recherche des bacilles et l'inocu

lation aux animaux donneraient des résultats positifs avec le pus et les croûtes d'impétigo dit scrofuleux.

J'ai circonscrit mes recherches à cet objet. Mes expériences, commencées le 4 février 1884, ont été closes le 4 août; elles ont porté sur 30 sujets, enfants et adultes, qui m'ont fourni la matière à inoculer, et elles se divisent naturellement en deux groupes : dans le premier se placent les expériences faites, pour contrôle, avec des lésions réputées tuberculeuses: ostéite fongueuse, gomme scrofulo-tuberculeuse, ulcère cutané chez un phthisique, spina ventosa, etc.; dans le second se trouvent toutes les expériences faites avec les croûtes et le pus de pustules d'impétigo, pris sur des enfants dits scrofuleux, non tuberculeux.

J'ai choisi le cobaye et j'ai adopté de préférence, pour les premières inoculations, l'injection intra-péritonéale, faite *purement* avec la seringue de Pravaz. L'opération est courte et facile, et quand la tuberculisation doit se produire, elle survient plus promptement et plus sûrement que dans les inoculations sous-cutanées. Plusieurs fois, j'ai soumis le liquide d'inoculation (pus et croûtes d'impétigo délayés dans l'eau stérilisée) à vingt-quatre, quarante-huit heures, huit jours, quarante jours d'étuve avant de l'injecter dans le péritoine, cherchant ainsi à exalter ses propriétés virulentes; enfin, j'ai fait quelques tentatives d'inoculation sur la souris blanche en même temps que sur le cobaye.

Quand il m'a paru nécessaire de faire des inoculations successives ou en série, selon la méthode de M. H. Martin, pour contrôler des résultats douteux, j'ai pratiqué l'inoculation indifféremment dans le tissu cellulaire souscutané, dans le péritoine ou dans la chambre antérieure de l'œil du lapin.

La recherche des bacilles a été faite chaque fois avant l'inoculation; elle a toujours été négative même pour les produits qui ont donné la tuberculose aux animaux. Ce fait n'a rien qui puisse nous surprendre, il peut tenir à la rareté des bacilles, quelquefois beaucoup plus petits que ceux décrits par M. Koch, ou à l'insuffisance de l'examen le plus consciencieux. Je me suis assuré, par exemple, qu'une goutte de crachats bacillaires étant étendue dans 500 fois son volume d'eau, la recherche des bacilles dans ce liquide dilué est constamment négative. Or, l'injection intra-péritonéale d'une demi-seringue de Pravaz de cette dilution, c'est-à-dire de la cinquantième partie d'une goutte d'un crachat tuberculeux, suffit à inoculer un cobaye. Il en est de même du sang du cœur pris *avec pureté* sur des cobayes tuberculeux ou de la sérosité abdominale recueillie avec de semblables précautions, et qui donnent à l'inoculation des résultats positifs, alors que l'examen histologique ne permet pas d'y découvrir le bacille tuberculeux.

On pouvait donc légitimement espérer obtenir, par l'inoculation, des résultats positifs, alors même que la recherche du bacille tuberculeux, dans le pus et les croûtes d'impétigo, restait infructueuse.

Enfin, pour éviter autant que possible les chances de contagion, mes animaux sont isolés dans des cages métalliques soigneusement désinfectées à l'eau bouillante et à l'acide phénique après chaque expérience. Les instruments qui servent à nettoyer les cages sont soumis au même traitement, et les mains de l'homme qui en a la charge sont lavées et désinfectées le plus souvent possible. En outre, les animaux sont placés sous un hangar, dans un jardin, en plein air; ils sont bien uniformément nourris.

Voici maintenant le résumé, en quelques lignes, de chaque expérience :

EXPÉRIENCE PREMIÈRE. — *Positive.* — *Abcès froid du coude.* (Enfant du dispensaire de M. Comby.) — 11 février 1884. Inoculation à un cobaye de quelques gouttes de séro-pus obtenu par pression sur les trajets fistuleux. Mort le 18 mars. Epiploon et foie probablement tuberculeux.

Inoculation de contrôle à deux cobayes avec des fragments d'épiploon. Mort, le 28 avril, d'un des cobayes avec une tuberculisation bacillaire.

Exp. II. — *Positive.* — *Adénite caséeuse sous-maxillaire.* (Homme de 28 ans. Service de M. Lailler, à Saint-Louis.) — 28 mars. Un des ganglions ramollis est ouvert, et le pus noculé à un cobaye. Mort le 7 juin avec une tuberculose généralisée.

Exp. III. — *Positive.* — *Ulcère tuberculeux du cou.* (Homme du service de M. Lailler. Hôpital Saint-Louis.) — 28 mars. Inoculation du pus de cet ulcère à un cobaye. Mort le 29 avril. Tuberculose généralisée.

Exp. IV. — *Positive.* — *Adénite cervicale.* — *Tuberculose pulmonaire.* (Homme du service de M. Lailler. Hôpital Saint-Louis.) — 28 mars. Inoculation à un cobaye du pus d'un abcès ganglionnaire ouvert au devant du masséter. Mort le 22 juin. Tuberculose généralisée.

Exp. V. — *Positive.* — *Gomme scrofuleuse.* (Enfant du dispensaire de M. Comby.) — 31 mars. Inoculation du pus de cette gomme à deux cobayes. Mort du cobaye n° 1 le 21 avril. Tuberculose généralisée. Mort du cobaye n° 2 le 31 mai. Tuberculose généralisée.

Exp. VI. — *Positive.* — *Spina ventosa du pouce.* (Enfant du service de M. le docteur de Saint-Germain. Hôpital des Enfants.) — 3 mars. Fragments dissociés dans l'eau stérilisée et inoculés à trois cobayes. Un quatrième reste témoin dans la même cage.

Cobaye n° 1 mort le 9 avril. — Cobaye n° 2 mort le 16 avril. — Cobaye n° 3 mort le 23 avril.

Tous avec des lésions tuberculeuses et des bacilles. Le témoin est toujours bien portant.

Exp. VII. — *Positive.* — *Abcès froid du coude.* (Enfant du dispensaire de M. Comby.) — 10 mai. Inoculation du pus de cet abcès à deux cobayes. Sacrifice des deux animaux le 7 juillet. Tous deux sont tuberculeux.

Toutes ces expériences donnent des résultats conformes à notre attente; elles concordent avec nos connaissances actuelles, et confirment la nature tuberculeuse des scrofulides graves.

Le second groupe contient les expériences faites avec les lésions les plus superficielles de la peau attribuées à la scrofule, avec le pus d'adénites subaiguës, avec le pus de kérato-conjonctivites, etc...., toutes scrofulides légères. Elles sont au nombre de 23, et toutes négatives, sauf deux particulièrement intéressantes et par le résultat obtenu et par certains détails de l'observation.

Exp. VIII. — *Négative.* — *Impétigo de la lèvre supérieure.* (Enfant du dispensaire de M. Comby.) — 4 février. Inoculation à un cobaye de quelques croûtes desséchées et délayées dans de l'eau stérilisée. Mort le 7 février, trois jours après, de septicémie. Cette expérience ne prouve rien contre la présence possible du virus tuberculeux dans le pus de l'impétigo, l'animal n'ayant pas eu le temps de devenir tuberculeux.

Exp. IX. — *Négative.* — *Impétigo de la lèvre supérieure.* (Enfant du dispensaire de M. Comby.) — 4 février. Inoculation des croûtes et du pus à un cobaye. Mort le 17. Lésions de péritonite diffuse. Tuméfaction et induration du grand épiploon.

Inoculation de contrôle avec les fragments de cet épiploon à deux cobayes. Les animaux inoculés le 17 février sont sacrifiés le 8 mai. Animaux sains, sans tubercules.

Exp. X. — *Négative.* — *Impétigo de l'oreille et de la région mastoïdienne.* (Enfant du dispensaire de M. Comby.) — 11 février. Inoculation à un cobaye des croûtes et du pus de cet impétigo. Sacrifice de l'animal le 28 mai. Pas de tuberculose.

Exp. XI. — *Négative.* — *Impétigo du bras et de la tête.* — *Onyxis de l'indicateur droit.* (Enfant du dispensaire de M. Comby.) — 18 février. Inoculation à trois cobayes de croûtes et de pus délayés dans l'eau stérilisée.

3 mars. Mort d'un cobaye. Les ganglions prévertébraux et le foie sont semés de petites tumeurs caséeuses remplies de micrococcus isolés ou en chaînette. Ce caséum sert à des inoculations de contrôle dans la chambre antérieure de l'œil de deux lapins.

Le 11 et le 18 mars, les lapins meurent avec des lésions identiques : l'œil est rempli de pus; le péritoine, le foie, la rate sont semés de taches saillantes et irrégulières ressemblant assez à des granulations tuberculeuses. Mais on n'y trouve pas de bacilles, et une seconde inoculation de contrôle, faite à trois cobayes pour chaque lapin (en tout six cobayes), reste stérile. Aucun de ces animaux ne devient tuberculeux.

En outre, le 2e et le 3e cobayes de la première inoculation sont sacrifiés le 21 mai et le 7 juillet. Ils sont sains.

Exp. XII. — *Négative.* — *Impétigo de la face.* (Enfant du dispensaire de M. Comby.) — 17 mars. Inoculation à un cobaye des croûtes et du pus. Mort de l'animal le 25 avril. Pas de tuberculose.

Exp. XIII. — *Négative.* — *Impétigo de l'oreille.* (Enfant du dispensaire de M. Comby.) — 17 mars. Inoculation à un cobaye du pus et des croûtes d'impétigo. Sacrifice de l'animal le 20 juillet. Pas de tuberculose.

Exp. XIV. — *Négative.* — *Impétigo de la face.* (Service de M. de Saint-Germain. Hôpital des Enfants.) — 9 mai. Inoculation des croûtes et du pus à un cobaye. Sacrifice de l'animal le 20 juillet. Pas de tuberculose.

Même inoculation à deux cobayes, après quarante jours d'étuve, à 38° C., de la matière à inoculation. Les animaux inoculés le 18 juin sont sacrifiés le 4 août. Pas de tuberculose.

Exp. XV. — *Négative.* — *Eczéma impétigineux de la face.* (Enfant du service de M. le docteur de Saint-Germain. Hôpital des Enfants.) — 10 mai. Inoculation à un cobaye de croûtes et sécrétions. Sacrifice de l'animal le 20 juillet. Pas de tuberculose.

Exp. XVI. — *Négative.* — *Impétigo ulcéreux de la nuque.* — *Kérato-conjonctivite double.* (Enfant du service de M. de Saint-Germain. Hôpital des Enfants.) — 10 mai. Inoculation à un cobaye du pus et des croûtes. Sacrifice de l'animal le 20 juillet. Pas de tuberculose.

Même inoculation à deux cobayes après huit jours d'étuve. Même résultat.

Exp. XVII. — *Négative.* — *Kérato-conjonctivite double.* (Hôpital des Enfants). — 13 mai. Inoculation à un cobaye du pus de la conjonctivite mêlé à la sécrétion lacrymale. Mort de l'animal le 1er juin. Pas de tuberculose.

Exp. XVIII. — *Négative.* — *Kérato-conjonctivite double.* (Même enfant que pour l'expérience XVII.) — 15 mai. Inoculation à un cobaye et à une souris blanche du pus de la conjonctivite après quarante-huit heures d'étuve à 38° C. Mort du cobaye le 9 juin. Pas de tuberculose. — Mort de la souris le 19 juin. Pas de tuberculose.

Exp. XIX. — *Négative.* — *Impétigo du cuir chevelu.* (Enfant du service de M. de Saint-Germain. Hôpital des Enfants.) — 13 mai. Inoculation à un cobaye du pus des croûtes. Sacrifice de l'animal le 20 juillet. Pas de tuberculose.

Exp. XX. — *Négative.* — *Impétigo de la lèvre et du nez.* — *Kérato-conjonctivite double.* — *Fonte purulente d'un œil.* (Hôpital des Enfants.) — 14 mai. Inoculation à un cobaye et à une souris du pus cornéen. La souris meurt le lendemain de septicémie. — Le cobaye est sacrifié le 20 juillet. Pas de tuberculose.

Exp. XXI. — *Négative.* — *Eczéma impétigineux de la face.* — *Kérato-conjonctivite double.* (Enfant du service de M. de Saint-Germain. Hôpital des Enfants.) — 14 mai. Le pus de l'œil est inoculé à une souris et à un cobaye. Sacrifice des deux animaux le 20 juillet. Pas de tuberculose.

Exp. XXII. — *Négative.* (Même enfant que pour l'expérience précédente.) — 21 mai. — Même inoculation à une souris et à un cobaye après quarante-huit heures d'étuve à 38° C. Sacrifice des deux animaux le 20 juillet. Pas de tuberculose.

Exp. XXIII. — *Négative.* — *Impétigo de la face.* — *Kérato-conjonctivite double.* — *Adénite cervicale.* (Enfant du service de M. de Saint-Germain. Hôpital des Enfants.) — 28 mai. Inoculation des croûtes d'impétigo à une souris et à un cobaye. Sacrifice des deux animaux le 20 juillet. Pas de tuberculose. Mêmes inoculations de la même matière, après douze jours de culture, le 8 juin. Animal mort le 30 juin. Pas de tuberculose.

Exp. XXIV. — *Négative.* — *Impétigo de la lèvre et du nez.* — *Kérato-conjonctivite double.* (Enfant du service de M. de Saint-Germain.) — 28 mai. Inoculation du pus et des croûtes à un cobaye et à une souris. Sacrifice des animaux le 20 juillet. Pas de tuberculose.

Exp. XXV. — *Négative.* — *Impétigo du nez.* — *Kérato-conjonctivite double.* (Enfant du service de M. de Saint-Germain. Hôpital des Enfants.) — 4 juin. Inoculation à un cobaye du pus de la conjonctivite. Sacrifice de l'animal le 20 juillet. Pas de tuberculose.

Exp. XXVI. — *Négative.* — *Kérato-conjonctivite double.* — *Impétigo de la face.* — 18 juin.

Inoculation à un cobaye de croûtes d'impétigo. Sacrifice de l'animal le 4 août. Pas de tuberculose.

Exp. XXVII. — *Négative.* — *Impétigo du cuir chevelu.* — *Adénite cervicale suppurée.* (Dispensaire de M. Comby.) — 1er mars. Inoculation du pus de l'adénite à deux cobayes. Le cobaye n° 1 meurt le 23 avril. Pas de tuberculose. — Le cobaye n° 2 est sacrifié le 8 mai. Pas de tuberculose.

Exp. XXVIII. — *Négative.* — *Adénite cervicale subaiguë.* (Enfant du dispensaire de M. Comby.) — 17 mars. Inoculation du pus de l'adénite à un cobaye. Sacrifice de l'animal le 25 juillet. Pas de tuberculose.

Exp. XXIX. — *Positive.* — *Impétigo de la face et du cuir chevelu avec exulcérations du derme.* — *Petits abcès dermiques lenticulaires dans le voisinage de l'impétigo.* — 18 juin. Inoculation du pus d'un de ces petits abcès à un cobaye. Sacrifice de l'animal le 4 août. Tuberculose généralisée aux ganglions intra-abdominaux, de la rate au foie.

Exp. XXX. *Positive.* — *Impétigo du cou avec ulcération profonde du derme et bourgeonnement de la peau.* — *Kérato-conjonctivite double.* — 14 mai. Excision d'un bourgeon dont une partie est broyée dans de l'eau stérilisée et inoculée à un cobaye et à une souris. Le même jour, mort de la souris par la septicémie. Le 20 juillet, sacrifice du cobaye. Tuberculose généralisée.

En résumé, dans le second groupe de nos expériences, j'ai obtenu vingt résultats négatifs et deux résultats positifs. Faut-il en conclure que 20 fois sur 22 l'impétigo, ou la kérato-conjonctivite, ou même l'adénite cervicale était banale, commune et sans aucun rapport avec la tuberculose, et que 2 fois sur 22, l'impétigo était de nature tuberculeuse ?

Je ferai d'abord remarquer que tous ces enfants, utilisés pour les inoculations, appartiennent à des parents plus ou moins scrofuleux ou tuberculeux, quelques frères et sœurs souffrent des mêmes maux ou de maux analogues, que de ce chef, quand on lit les observations dans leurs détails, on ne peut trouver entre les enfants dont l'impétigo s'est montré stérile, et ceux dont l'impétigo était tuberculeux, aucune différence sérieuse.

La qualité de l'impétigo, des croûtes ou de la sécrétion purulente est la même dans les cas positifs et dans les cas négatifs, et il serait impossible *a priori* de les distinguer l'un de l'autre.

Mais, à vrai dire, les deux inoculations positives n'ont pas été faites avec la croûte de l'impétigo, mais bien, l'une avec un bourgeon né sous la pustule d'impétigo au fond de l'ulcération qu'elle avait provoquée, l'autre avec le pus d'un petit abcès du derme développé au voisinage de l'impétigo, mais qu'on ne doit pas confondre avec la lésion initiale.

En fait, tous les impétigos se sont montrés stériles. Il était intéressant de savoir si le bourgeon dont l'inoculation a donné la tuberculose aux cobayes contenait des tubercules microscopiques ou au moins des bacilles. L'examen histologique de la partie qui avait été conservée a donc été fait avec grand soin. Mais, malgré le groupement en petits amas de quelques cellules embryonnaires, je n'ai pas réussi à trouver un follicule tuberculeux, ni même un bacille. Ceux-ci étaient donc pour le moins fort rares dans le tissu du bourgeon. Mais d'où venaient-ils ? Quelle est la relation probable entre la pustule d'impétigo, lésion commune et stérile, et le bourgeon spécifique, tuberculeux qu'elle a fait naître?

On peut admettre que l'affection cutanée, pustule d'impétigo ou autre, n'est que la voie ouverte aux microbes, et que ceux-ci ont provoqué la formation ici d'un bourgeon, là d'un abcès spécifique. Cette opinion s'accorde avec les données actuelles de la science, je l'accepte sous les réserves que comporte le perfectionnement ultérieur de nos méthodes.

Car il serait puéril de dissimuler les lacunes qu'il nous reste à combler. L'étude du mode de pénétration dans l'organisme des germes tuberculeux nous sollicite d'autant plus vivement, que de la solution de cette question sortira le meilleur traitement de la tuberculose, sa prophylaxie.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1884.

Dans le département du Var, à *Toulon*, on a constaté, du 17 au 18, 7 décès et du 18 au 19, 6 décès. Il existe actuellement un foyer épidémique assez intense au hameau des Sênes, où le 17 il y a eu un décès et le 18, trois autres décès. En outre, on a constaté à Montfort-sur-Argens, 2 cas et 1 décès et à la Seyne, 1 décès du 17 au 18.

A *Marseille*, il y a eu du 15 au 16, 8 décès ; du 16 au 17, 16 décès et du 17 au 18, 14 décès cholériques. A *Arles*, du 17 au 18, 4 décès et du 18 au 19, 1 décès; par contre les cas sont nombreux. Il en est de même à Salins de Giroud.

A *Aix*, l'hospice des aliénés est toujours gravement atteint. Du 17 au 18, on comptait 5 décès et 12 malades en traitement dans cet établissement, et du 18 au 19, 2 décès et 10 malades. On signale aussi l'incurie administrative de l'édilité à Brignoles, où on a enregistré le 18 trois nouveaux décès. A *Nîmes*, le nombre des décès est peu élevé ; un seul du 17 au 18 et un autre du 18 au 19. Par contre, on signale dans le même arrondissement, 3 décès le 17 et 3 décès le 18 à Vallabrègues; 4 cas à Bouillargues, 1 décès à Baron et 1 décès à Saint-Brès à ces mêmes dates.

Dans le *département des Pyrénées-Orientales*, l'épidémie continue de s'étendre dans les campagnes. Du 17 au 18 août, elle était en augmentation dans les communes des environs de Perpignan; dans cette ville, il y avait 2 décès; mais on comptait 5 cas et 2 décès à Boule-Ferrière; 3 décès à Camelas; 1 décès et plusieurs cas à Rivesaltes; 5 décès à Saint-Félien-d'Avail. Le lendemain, c'est-à-dire du 18 au 19, on enregistrait 2 décès à Perpignan; plusieurs cas à Millas; 2 décès à Saint-Félien-d'Avail; 2 décès à Thuir, 4 à Corbère, 2 à Rodes, 1 à Trouillas et plusieurs cas à Cabestang.

Dans l'*Hérault*, on signale, le 17, 5 décès à Lunel; le 18, 1 décès à Bédarieux, 1 à Cournon-Terrat, 2 à Lunel, 1 à Béziers, 1 à Pézenas, 1 à Saint-Pargorre et 4 à Cette, où les cas sont nombreux.

A *Avignon*, il y a eu 2 décès en ville le 18 et 2 décès dans le département; 1 à Saint-Ruff et l'autre à Montfaret.

Le *département de la Haute-Garonne* est actuellement menacé. Le 18 août, on signalait 1 décès à Toulouse, celui d'un émigré de Marseille, et 1 cas en ville. Enfin, dans l'*Aude*, le 18 août, il y a eu 3 décès à Carcassonne, 1 décès à Narbonne.

Aux Omergues, dans le département des Basses-Alpes, la contamination de ce hameau date de six semaines. On l'attribue à un émigré de Marseille qui y succombait alors ; quelques jours après, trois personnes habitant la maison où il s'était réfugié succombaient aussi, et depuis il se produisit des décès. Cette situation aurait été signalée à l'administration dès les premiers jours ; mais ce n'est que la semaine dernière, en présence de la recrudescence de la maladie envahissant le centre du village, qu'elle aurait enfin pris les mesures depuis longtemps urgentes. On est en droit de se demander après cela quelle part de confiance on peut attendre des mesures administratives en temps d'épidémie ?

Dans le département de l'*Yonne*, il y a eu le 17 août 2 décès à Puits-le-Bon et 1 décès à Essert ; ce décès est celui d'un individu venant de Puits-le-Bon. Le 18, on ne signale pas de nouveaux cas dans ces localités ; mais on a enregistré à Accolay le décès d'une femme dont le mari était mort le 15 août de la même maladie.

En *Italie*, voici d'après le bulletin officiel, la morbidité et la mortalité cholériques des 17 et 18 août : 17 août, province de Bergame, 3 cas et 2 décès; de Turin, 2 décès; de Campo-Basso, 5 cas, 4 décès; de Cozenza; 2 cas, de Massa, 2 cas et 2 décès; de Parme, 3 cas, 1 décès; de Porto Maurizio, 1 cas et 1 décès. — Le 18 août, province de Bergame, 16 cas et 9 décès, de Campo-Basso, 2 cas et 1 décès; de Cuneo, 13 cas; de Massa, 11 cas et 2 décès; de Parme, 3 cas et 3 décès; de Porto-Maurizio, 2 décès; de Turin, 5 décès et 4 cas.

Ces chiffres indiquent une augmentation dans la morbidité et la mortalité cholériques, malgré les cordons sanitaires et les vexations prophylactiques désormais célèbres du gouvernement italien. — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 août 1884. — Présidence de M. LARREY.

La correspondance comprend un certain nombre de communications relatives cholèra. Elles sont renvoyées à l'examen de la commission des épidémies.

M. Gariel présente un volume intitulé : *Association française pour l'avancement des sciences* (12e session).

M. Peter présente, au nom de M. le docteur Poincaré, professeur d'hygiène à la Faculté de Nancy, un ouvrage intitulé : *Prophylaxie et géographie médicale des principales maladies tributaires de l'hygiène.*

M. Larrey présente, au nom de M. Bonnafont, une brochure intitulée : *Le choléra et le Congrès sanitaire diplomatique international.*

M. Jules Guérin ayant entendu, mardi dernier, M. Proust contester la valeur scientifique de M. le docteur Dutrieux, et par conséquent de la communication faite par M. J. Guérin, à l'Académie, au nom de ce médecin, a craint que M. Proust n'élevât une contestation semblable à l'occasion de la présentation que M. Jules Guérin a faite dans la dernière séance au nom de M. le docteur Corre, médecin de la marine à Brest.

Dans l'excursion qu'il vient de faire à Toulon, M. J. Guérin a donc voulu s'enquérir, auprès des chefs du service médical de la marine, de la valeur scientifique de M. Corre.

L'honorable docteur Gestin, directeur du service, lui a déclaré qu'il n'y avait pas, dans le personnel médical de la marine, d'observateur plus sérieux, d'esprit plus sûr et de caractère plus honorable que M. le docteur Corre. M. le docteur Cunéo lui a confirmé, de son côté, la même appréciation.

Il croyait donc que le témoignage et les observations de M. Corre réunissaient, comme il l'a dit, toutes les conditions exigées par M. Proust : qualité de l'observateur; qualité des observations. Or, quelle n'a pas été sa surprise, à son retour de Toulon, de ne trouver, dans le dernier compte rendu du *Bulletin* de l'Académie, que l'annonce pure et simple de la communication de M. Corre.

M. Proust répond qu'il n'a fait qu'exécuter les décisions du bureau, l'usage étant que l'insertion des présentations à l'Académie ne doit pas dépasser une dizaine de lignes; or, il en a été accordé davantage à la présentation de M. J. Guérin, et cela grâce à la demande de M. Proust.

M. Le Roy de Méricourt lit un rapport sur les documents relatifs au choléra qui ont été adressés à l'Académie jusqu'à la dernière séance. Ces communications sont au nombre de 17 dont 4 émanent de correspondants français et les autres de correspondants étrangers. Dans ce nombre, M. le rapporteur signale particulièrement ceux de M. le docteur Luton, directeur de l'Ecole de médecine de Reims, qui accorde une grande importance aux injections sous-cutanées d'une solution normale au 10e de *sulfate de soude* neutre ordinaire.

M. Marey a la parole pour la continuation de la discussion sur le choléra. L'orateur demande à l'Académie de prendre l'initiative d'une enquête administrative sur les épidémies cholériques en faisant appel sans délai à toutes les lumières et à tous les documents.

Il indique quels devront être les points principaux de cette enquête. Il rappelle que dans les discours prononcés jusqu'ici se trouvent formulés des vœux auxquels l'Académie pourrait s'associer par son vote :

1° *Sur la question des eaux potables*, d'observations nombreuses plusieurs fois rappelées par M. Noël Gueneau de Mussy, il résulte qu'il y a du danger à livrer à la consommation, dans quelque proportion que ce soit, les eaux de rivière susceptibles d'être contaminées.

2° *Relativement aux matières fécales*, il y a lieu de formuler dès à présent pour les campagnes la recommandation suivante : « En temps d'épidémie, les déjections humaines devraient être déposées dans un trou creusé à cet usage et recouvertes chaque fois d'une certaine quantité de terre. »

3° *Relativement à la connaissance des conditions hygiéniques que présentent les différentes localités* et à la prescription des mesures destinées à améliorer de plus en plus ces conditions, il y a lieu d'instituer dans les villes importantes un bureau d'hygiène avec tous ses organes ayant pour mission de rassembler les renseignements capables de faire progresser la science de l'hygiène.

4° *En ce qui touche l'épidémie actuelle* et vu l'urgence de la situation, il est nécessaire d'instituer une commission provisoire chargée de ce qui est relatif au choléra et qui, après une enquête sur les épidémies passées, adresse aux localités intéressées des prescriptions hygiéniques adaptées aux conditions spéciales où se trouvent ces localités.

5° *En ce qui touche les questions internationales*, afin d'accroître le nombre des observations exactes faites sur les épidémies passées, et d'enrichir ainsi le fonds commun de

notions exactes nécessaires aux progrès de l'hygiène, il paraît important d'uniformiser entre les différents pays les procédés d'enquête, de provoquer entre eux un échange de documents, une conférence internationale établissant l'entente.

6° *Relativement à l'enseignement de l'épidémiologie*, comme il est indispensable que tous les étudiants en médecine soient mis en état d'observer et d'étudier l'origine et le développement des maladies épidémiques et de connaître les moyens de les combattre, l'Académie, s'associant au vœu de notre collègue M. Besnier, pense qu'il y a lieu de constituer dans les différentes facultés un enseignement spécial de ces questions.

M. PETER a la parole pour un rapport sur deux travaux adressés à l'Académie par M. le docteur Queirel, président de la Société de médecine de Marseille, relatifs l'un au début de l'épidémie de choléra à Marseille, l'autre au début à Arles.

Dans son premier travail M. Queirel confirme de tous points ce qu'avaient appris MM. Brouardel et Proust sur l'invasion du choléra à Marseille.

Ce qu'il y a de nouveau et de très intéressant pour nous, c'est la transmission du choléra à Arles. M. Queirel constate l'apparition du choléra d'emblée, c'est-à-dire sans *diarrhée prémonitoire*.

Le premier cas de choléra authentique constaté à Arles a pu être considéré comme *importé directement* de Marseille.

Cependant M. Queirel signale un fait des plus intéressants, c'est qu'avant l'arrivée à Arles de réfugiés marseillais, en juillet, il y avait depuis le 21 juin, dans cette ville, des émigrés de Toulon. M. Peter demande quels furent ici les coupables, les réfugiés de Marseille ou les réfugiés de Toulon? Mais il n'y eut aucun cholérique parmi ces Toulonnais. Ils auraient donc été, eux qui n'avaient ni diarrhée ni vomissements, les colporteurs du contage, et l'auraient répandu dans l'air de la ville où ils circulaient partout librement.

Or, l'une des conséquences les plus matériellement et les plus spécieusement séduisantes de la croyance aux microbes, est que la contamination des eaux par ceux-ci est la cause la plus active, sinon la seule cause de la propagation du choléra.

Mais nous voyons à Arles, dans le quartier des Arènes, c'est-à-dire dans la partie *la plus élevée* de la ville, un cas de choléra presque foudroyant se produire six jours après celui d'un vagabond marseillais qui mourait à l'Hôtel-Dieu.

Il est de toute impossibilité, pour ce cas, d'invoquer la propagation du mal par l'eau *supposée* contaminée par le cholérique de l'Hôtel-Dieu, et qu'aurait bue le cholérique du quartier des Arènes. Mais si les eaux du quartier des Arènes n'ont pas été souillées par le cholérique de l'Hôtel-Dieu, elles ont pu l'être par les Toulonnais réfugiés à Arles. Or ceux-ci n'avaient pas et n'ont pas eu le choléra ; ils ne pouvaient donc pas contaminer les eaux potables par des déjections morbides qu'ils n'émettaient pas.

En réalité tout s'explique, au contraire, si l'on admet la dissémination du contage par l'air (que ce contage soit d'ailleurs un microbe quelconque) et l'introduction de ce contage par les voies respiratoires.

De même, dans un petit village des Basses-Alpes, les Omergues, il y a tout à coup, sans préambule, du 10 au 12 août, 40 décès par le choléra sur une population de 500 âmes, puis, du 12 au 13, *deux* décès seulement.

Si c'étaient les eaux contaminées qui fussent coupables, leur contamination aurait-elle donc brusquement diminué du 10 au 13 août ?

Si, au contraire, on admet que, pour le choléra, comme pour les maladies les plus manifestement contagieuses, les fièvres éruptives, par exemple, la contagion se fait par l'intermédiaire de l'air, on conçoit très bien que l'air charriant partout le germe cholérique, celui-ci se développe *d'élection* dans les organismes *prédisposés* et frappe le premier jour quarante individus, puis, le second jour, deux seulement, restant aux alentours de ce chiffre les jours suivants, les individus les plus prédisposés ayant été d'abord frappés en masse.

Il suit de tous ces faits, ajoute M. Peter, que le choléra a été transmis à Arles. Mais comment ? mais par qui ? Eh bien, par le microbe ! Microbe répond à tout. Cependant si le microbe satisfait les gens de bon caractère, il ne suffit pas à ceux qui l'ont moins accommodant.

Et d'abord, le microbe une fois admis, est-il cholérigène ou choléri*phore ?* Générateur ou colporteur ? Né dans l'organisme du premier cholérique, ou venu du dehors ? Autochtone ou hétérochtone ? Produit ou facteur ? Organite intégrant ou parasite ?

Que si l'on réserve, comme oiseuses et indiscrètes, ces questions qui ne sont ni résolues, ni près de l'être, où siège donc le microbe ? dans les solides ou les liquides ? dans le sang ou les déjections ? Puis, comment est-il rejeté au dehors ? par celles-ci et rien que par elles ? ou, aussi, par l'air expiré ?

Maintenant, une fois rejeté au dehors, voltige-t-il dans l'air? s'attache-t-il à nos vêtements et à notre corps, se logeant dans nos cheveux et sous nos ongles, faisant ainsi de nous des porte-microbes inconscients et des malfaiteurs sans le vouloir?

Ces réfugiés toulonnais promenaient donc dans Arles des légions de microbes, inoffensifs pour eux, offensifs pour autrui? Pourquoi inoffensifs à l'égard de ceux-là, offensifs à l'égard de ceux-ci? Pourquoi? sinon par non-réceptivité des uns et réceptivité des autres? réceptivité sans laquelle le *microbe ne peut rien.*

Et encore, au point de vue de la prophylaxie, quelles lacunes et quels *desiderata!*

Si l'on admet le microbe et qu'on le tue par des gaz léthifères ou des températures surélevées, restent les germes *inattaqués*, dont la naissance se fait ultérieurement et à son heure. Et ces germes ont la forme de granulations, dernière limite de la matière organisée, trait-d'union entre le solide et le liquide, et dont on ne peut rien dire, sinon qu'ils sont amorphes, c'est-à-dire sans forme et que c'est sur des *points* ayant parfois cette caractéristique qu'ils sont *brillants*, et encore! L'organisation spéciale se réduisant ainsi à une question de réfringence!

Peut-on, même actuellement, parler des microbes du choléra? On en trouve, en effet, dans les intestins des cholériques, mais la difficulté est qu'on en trouve trop. Lequel est le vrai? Ici commence le chaos.

Ce que les recherches de MM. Straus et Roux ont démontré, c'est que: 1° le nombre des microbes de Koch est loin d'être proportionné à la gravité des cas de choléra; 2° si loin de l'être qu'il peut manquer dans les cas les plus graves, dans les cas *foudroyants;* 3° que si l'on n'en a pas trouvé dans ces cas foudroyants, c'est que le temps a manqué pour la chose, que les cholériques n'ont pas vécu assez longtemps pour *engendrer* leur microbe; 4° enfin qu'ici encore on a pris *l'effet pour la cause.*

Revenant au travail de M. Queirel, M. le rapporteur dit que ce qui se dégage de ce travail, comme de tous les rapports sur la propagation du choléra actuel dans le Midi, c'est l'apparition du mal et sa constitution immédiate en foyer partout où l'hygiène est méprisée.

Or, Arles, ainsi que Toulon et Marseille, offre le lamentable exemple de la méconnaissance des préceptes de l'hygiène publique.

N'est-ce pas à cette méconnaissance qu'est due cette particularité saisissante de l'épidémie actuelle, à savoir: la création de foyers cholériques dans de petits villages à population très peu nombreuse et clairsemée, où, par conséquent, on ne peut invoquer l'encombrement? Dans ces villages, aux Omergues comme à Gigean, à Ruoms comme à Vogué, l'imprégnation du sol par des détritus animaux de toute sorte n'a-t-elle pas été la cause prédisposante à l'explosion du mal? Au contact du germe, le foyer d'infection est devenu un foyer de choléra, détruisant aussitôt tout ce qui était incapable de résister, les vieillards, les enfants et les pauvres.

La conséquence à en tirer, c'est qu'il faut réformer l'hygiène publique, ou plutôt la créer dans ces lieux où elle n'existe pas.

C'est par ces vœux que se terminent les rapports de M. Queirel; c'est par ces vœux que M. Peter termine le sien, en proposant d'ailleurs à l'Académie de voter des remerciements à M. Queirel pour ses intéressantes communications. (Adopté.)

M. Jules Guérin aurait quelques observations à faire à l'occasion du rapport de M. Peter; mais il croit devoir les renvoyer à la séance prochaine où elles trouveront place dans le discours qu'il se propose de prononcer à l'occasion de la discussion sur le choléra.

M. Brouardel demande que les conclusions du travail de M. Marey soient renvoyées à la section d'hygiène et deviennent l'objet d'un rapport de la part de cette commission. Il serait important, en effet, que l'Académie se prononçât sur un certain nombre de mesures d'hygiène et de prophylaxie indiquées dans les conclusions de M. Marey. On est disposé dans les sphères supérieures, en présence de l'épidémie actuelle, à faire quelque chose pour l'hygiène publique. Si l'on ne se hâte pas de profiter de ces bonnes dispositions, une fois le péril passé, on n'y pensera plus et les réformes demandées depuis longtemps par le corps médical seront renvoyées aux calendes grecques.

Sur la proposition de M. le Président, après quelques observations de M. J. Guérin, l'Académie décide que les conclusions du travail de M. Marey seront renvoyées à la section d'hygiène.

— M. Bouley, au nom de MM. Chauveau et Arloing, commence la lecture d'un long mémoire en réponse aux critiques dont leur première communication sur la septicémie gangréneuse avait été l'objet de la part de MM. Trélat et Verneuil.

— M. le docteur Onimus lit un travail sur l'influence de l'ozone dans les épidémies de choléra. Voici les conclusions de ce travail :

L'ozone est un agent puissant de désinfection. La plupart des observations démontrent que pendant les épidémies de choléra il y a moins d'ozone. Cette mensuration doit toujours être faite à un point de vue relatif et non pas d'une façon absolue.

A Marseille, pendant l'épidémie actuelle, l'ozone avait disparu au plus fort de l'épidémie, il a reparu deux jours avant l'atténuation de celle-ci. Cette amélioration a coïncidé en même temps avec un fort vent de Nord-Ouest, vent qui toujours, à Marseille, contrairement à ce qu'on a observé à Paris, amène une augmentation d'ozone.

Les modifications atmosphériques, et en particulier celles de l'ozone, n'ont en général d'influence sur l'épidémie que le lendemain ou le surlendemain, et surtout lorsque le même état atmosphérique a duré quelque temps.

Le procédé le plus pratique dans un hôpital pour produire l'ozone est d'employer une machine à gaz qui actionne par des appareils dynamo-électriques de fortes bobines Ruhmkorff, et de faire passer l'effluve électrique à travers les tubes Berthelot.

Dans les habitations particulières, on peut se servir de la machine électrique ordinaire. Mais, jusqu'à présent, on n'a pu conserver l'ozone ni dans les récipients, ni le faire dissoudre dans l'eau, car il se transforme aussitôt en oxygène ordinaire. Tout ce qu'on a proposé dans ce genre ne peut être utilisé comme ozone.

L'ozone étant toxique, dès qu'il est en excès, le meilleur mode thérapeutique est de le répandre peu à peu dans les salles ou dans les chambres. Dans ces conditions, non seulement il n'est pas nuisible, mais il est pour les malades un excellent stimulant, et il purifie l'atmosphère. C'est ainsi qu'il agit d'une façon utile, mais nous ne croyons pas qu'on puisse dire que l'ozone guérit le choléra, pas plus qu'il n'est vrai que le manque d'ozone dans l'atmosphère produise le choléra ; c'est uniquement une cause prédisposante.

— La séance est levée à cinq heures.

COURRIER

Hôpitaux et Hospices de Paris. — L'ouverture du concours pour la nomination aux places d'élèves externes en médecine et en chirurgie vacantes au 1er janvier 1885 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris aura lieu le jeudi 9 octobre, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

Les étudiants qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au scrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 1er septembre jusqu'au mercredi 24 du même mois, inclusivement.

Faculté de médecine de Paris. — Pendant les vacances scolaires, la Bibliothèque de la Faculté de médecine de Paris est ouverte trois fois par semaine, le mardi, le jeudi et le samedi, de midi à quatre heures.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de M. le docteur François-Hippolyte Fredet, qui exerçait la médecine à Saint-Chamond depuis soixante ans. Il est décédé à l'âge de 85 ans, regretté de tous ses confrères du département, qui lui avaient décerné la présidence de la Société de médecine de Saint-Étienne et de la Loire, et de l'Association des médecins de la Loire et de la Haute-Loire. Nous présentons nos compliments de confraternelle condoléance à son fils, qui continue à Saint-Chamond les traditions d'honorabilité professionnelle de son père.

Cours d'accouchements. — Le docteur Stapfer, chef de clinique, commencera son cours particulier le 1er septembre, à quatre heures, et le continuera tous les jours, à la même heure, à la clinique de la Faculté. Ce cours théorique et pratique (opérations; examen des femmes) sera complet en deux mois.

S'adresser pour tous renseignements à l'hôpital de la clinique.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

Pathologie des néphrites subaiguës et chroniques.

(Communication résumée, faite au Congrès par M. le docteur Cornil.)

I. — CLASSIFICATION DES NÉPHRITES

Il est tout d'abord nécessaire d'énoncer ce que nous entendons par néphrites subaiguës et chroniques, et de donner la classification qui nous semble la meilleure, car on est loin de s'entendre à ce sujet.

Nous laissons de côté les néphrites aiguës, c'est-à-dire celles qu'on observe dans certaines intoxications (empoisonnement par la cantharidine) et dans les fièvres infectieuses (érysipèle, pneumonie, fièvre typhoïde, diphthérie, variole, scarlatine, etc.). Mais il est indispensable de dire que ce sont des néphrites diffuses, c'est-à-dire étendues à la portion sécrétoire du rein, au labyrinthe, aux glomérules, et qu'elles portent plus ou moins irrégulièrement et à la fois sur les cellules des tubuli contorti et des tubes droits, et qu'elles s'accompagnent d'une diapédèse plus ou moins marquée dans le tissu conjonctif.

Il est difficile de séparer les néphrites subaiguës des néphrites chroniques parce qu'elles reconnaissent les mêmes causes, l'action du froid, l'alcoolisme, la scrofule, etc. Il est toutefois une autre série de causes qui ne donnent lieu qu'aux néphrites chroniques : c'est l'artério-sclérose, la goutte et le saturnisme. Ces dernières doivent être rangées à part en raison de la systématisation des lésions qu'elles déterminent dans le rein.

Il y a quelques années, la classification des néphrites subaiguës et chroniques paraissait définitivement arrêtée ; on distinguait les néphrites parenchymateuses d'une part, les néphrites interstitielles d'autre part. Mais les choses sont loin d'être aussi simples.

Dans les néphrites parenchymateuses, dans le gros rein blanc lisse, en effet, on trouve des lésions des glomérules, une glomérulite plus ou moins intense, des atrophies fibreuses des glomérules, un épaississement de leur

---

FEUILLETON

CAUSERIES

Si le choléra n'a pas encore dit son dernier mot, il s'est pourtant assez adouci pour qu'on puisse établir le bilan des joyeusetés dont il a été la cause, sous forme de réclames, d'inventions et autres canards de haute volée. La liste en serait tellement longue que je ferai seulement un choix parmi les excroissances les plus marquantes qui ont poussé sur le terrain du choléra.

Nous avons d'abord à lui adresser une plainte, au nom du corps médical, pour le grave reproche qu'il nous a valu de la part du public. On s'est emparé, en effet, de nos discussions, de nos opinions divergentes ou contradictoires sur le choléra, pour nous lancer cet anathème, qu'on ne peut pas s'en rapporter à nous, puisque nous ne sommes jamais d'accord ! C'est avec un malin plaisir que la chose a été constatée et proclamée, car rien n'est agréable au public et ne lui désopile la rate comme le spectacle de nos hésitations et de nos incertitudes. Il en conclut naturellement que si nous avons entre nous des avis différents sur de si graves questions, il a bien le droit, lui public, d'avoir aussi son avis, qui peut être meilleur que tous les nôtres. Cette idée a consolé bien des gens de la tristesse avec laquelle ils s'écriaient : « Comment voulez-vous qu'on sache à quoi s'en tenir, quand les médecins ne sont pas d'accord ? »

C'est vrai, nous ne sommes pas toujours d'accord, il faut le confesser et en faire notre *meâ culpâ* ; c'est d'autant plus humiliant pour nous que nous sommes à peu près la

capsule et de la membrane propre des tubuli. Les lésions des cellules sont, il est vrai, dominantes, mais dans certaines formes spéciales de néphrite parenchymateuse ancienne, l'atrophie d'un certain nombre des tubes, la formation nouvelle de tissu conjonctif déterminent un état granuleux avec ou sans atrophie du rein ; tels sont les reins blancs granuleux, de volume normal ou hypertrophiés ou atrophiés.

D'un autre côté, il est rare de ne pas trouver des troubles de l'épithélium dans toute espèce de néphrite interstitielle primitive.

Aussi ne peut-on conserver aujourd'hui la dichotomie des néphrites en parenchymateuses et interstitielles.

Au lieu de nous servir du mot de néphrite parenchymateuse ou épithéliale, nous proposons de se servir du mot de *néphrite diffuse*, qui exprime mieux que tous les tissus du rein sont pris à des degrés divers, il est vrai, et que les lésions sont répandues irrégulièrement dans tous les éléments constituants du rein, dans les tubes, les glomérules et le tissu conjonctif.

Par opposition aux néphrites diffuses, nous appelons *néphrites systématiques* celles dans lesquelles les lésions sont régulièrement distribuées suivant un système de canaux urinifères comme dans la néphrite saturnine, ou suivant les vaisseaux comme dans la néphrite d'origine vasculaire. Ces deux variétés de néphrites répondent à la néphrite interstitielle ou cirrhose rénale, la première à la néphrite interstitielle ou cirrhose glandulaire, la seconde à la néphrite interstitielle commune ou cirrhose vasculaire.

Telle est la division que nous avons adoptée dans nos *Études sur la pathologie du rein*, publiées en commun avec M. le docteur Brault (1).

Néphrites diffuses aiguës.	Avec prédominance des phénomènes congestifs et inflammatoires.
	Avec prédominance des phénomènes de diapédèse.
	Avec prédominance des lésions dégénératives.
Néphrites diffuses subaiguës et chroniques (2).	*a.* Avec prédominance des lésions des glomérules.
	b. Avec prédominance des lésions de l'épithélium.
	c. Avec prédominance des lésions du tissu conjonctif.

(1) *Etudes sur la pathologie du rein*, par Cornil et Brault, in-8° avec 16 pl. ; Alcan, éditeur, Paris, 1884.

(2) Nous séparons tout à fait des néphrites les dégénérescences graisseuses et amyloïdes.

---

seule corporation où il en soit ainsi. Partout ailleurs que dans la médecine, on voit les gens d'un même état toujours d'accord entre eux : les peintres sont unanimes sur les meilleurs éléments de la peinture, et vous ne les voyez jamais se disputer à propos du dessin, du coloris, de l'expression, de l'antique et du moderne ; les littérateurs n'ont pas de controverses sur le choix des sujets, sur la manière de les traiter, sur les qualités du style ; enfin, un exemple remarquable d'accord dans le monde politique a été donné récemment par les séances du Congrès. Il n'y a que nous, médecins, à qui demeure attribué le fâcheux privilège de n'être pas d'accord, alors qu'autour de nous triomphent de toute part l'accord parfait et l'harmonie universelle. C'est une des nombreuses lacunes de notre profession, une des particularités qui en ont fait de longue date le point de mire des plaisanteries courantes. Espérons que le progrès nous affranchira de cette infériorité, et qu'à une époque peu éloignée tous les médecins seront d'accord, et tous les avocats aussi, ce qui supprimera les procès, car le droit et la justice reposent provisoirement sur cette idée première qu'il y a toujours au moins deux avocats non d'accord, et plaidant l'un contre l'autre.

* * *

Il a donc été dévoilé une fois de plus, pour notre confusion, que les médecins ne sont pas toujours d'accord sur les causes, la préservation et le traitement des maladies. En revanche les commerçants en produits chimiques ont dû s'accorder pour proclamer le choléra une excellente chose, car grâce à lui ils ont fait de superbes affaires. Ainsi va le monde, vivant de contrastes et accouplant le bonheur des uns au malheur des autres;

Néphrites systématiques (interstitielles) ou cirrhoses.	Cirrhoses d'origine glandulaire (saturnisme, goutte). Cirrhoses d'origine vasculaire (néphrite interstitielle proprement dite).

II. — CARACTÈRES ANATOMIQUES DES NÉPHRITES CHRONIQUES

Néphrites diffuses. — Malgré les variations anatomiques souvent inattendues que présentent les reins dans les albuminuries chroniques, variations qui sont en rapport avec les causes de l'albuminurie et avec les antécédents pathologiques des malades, on peut les ranger, sans trop d'artifice, sous l'un des trois chefs suivants :

a) Néphrite diffuse avec prédominance des lésions des glomérules. — La maladie s'est terminée assez rapidement, après une durée de quelques semaines à un ou deux mois, car les lésions intenses des glomérules, s'opposant à la sécrétion normale de l'urine, diminuent la quantité de ce liquide et déterminent rapidement des symptômes urémiques incompatibles avec la vie. A l'autopsie, les reins sont congestionnés, de volume normal ou à peine hypertrophiés ; quelquefois leur surface est marbrée de rouge et de blanc, ou bien la substance corticale offre une couleur jaune rougeâtre. Parfois on reconnaît que les glomérules sont plus gros, plus saillants qu'à l'état normal ; mais, dans bien des cas, il est nécessaire, pour se prononcer, de recourir à l'examen microscopique. Sur les coupes, on reconnaît les lésions de la glomérulite portant sur l'épithélium et la membrane de la capsule, ou sur le revêtement épithélial des anses glomérulaires, ou sur ces deux parties à la fois. A la place de l'épithélium plat de la capsule, on trouve une ou plusieurs couches de cellules polyédriques ou sphéroïdes saillantes, détachées ou adhérentes à la capsule par une de leurs extrémités, souvent irrégulières, polyédriques par pression réciproque, formant un amas au niveau de l'embouchure du tube urinifère. Les lamelles nucléées qui tapissent les anses glomérulaires présentent des modifications bien décrites par Langhans. Leurs noyaux se gonflent, le protoplasma présente la forme de croissant, de calotte, de cellule à pied, en fronde, en massue, en battant de cloche, adhérentes par une extrémité à l'anse vasculaire. Ces cellules se détachent à un moment donné et tombent

---

tandis que le Midi s'affolait, beaucoup de gens se frottaient les mains derrière leurs comptoirs et réalisaient de gros bénéfices sur les désinfectants, ce qui n'a rien de répréhensible. Les antiseptiques faisaient prime sur le marché, et ce sont des gisements entiers de phénol, de sulfate de fer et de sulfate de cuivre qui ont été dirigés vers les pays atteints ou menacés. Par instants, la couperose verte ou bleue se faisait rare, et peu s'en est fallu que les cristaux de pierre divine atteignissent le prix de l'émeraude ou du saphir. En vérité, ce fut un heureux temps pour la droguerie, et l'enthousiasme des négociants en vitriol ne connaissait plus de bornes. J'étais assis un soir à côté d'une table, où trois d'entre eux dînaient plantureusement, en devisant sur les derniers cours de leurs marchandises ; sous l'influence de la bonne chère, ils s'excitaient à qui ferait les plus étonnantes prouesses pour profiter du moment. Le premier pariait de livrer en vingt-quatre heures mille kilogrammes d'acide phénique ; le second se faisait un jeu de s'en procurer dix mille, et le troisième enfin en offrait tout de suite cent mille kilogrammes ! C'était à se sauver, en se bouchant le nez.

*
* *

Mes trois voisins de table avaient été devancés, dès le début, par l'homœopathie, qui mettait gratuitement ses remèdes à la disposition du public. C'était habilement manœuvré ; et on rappelait, à ce propos, que, dans la pharmacopée homœopathique, il y a certaines substances absolument souveraines contre le choléra, notamment les préparations de *veratrum album*. J'ai pu me convaincre que le public était acquis d'avance à ce mode de traitement, car j'ai surpris un jour une conférence intime faite par un homme

dans la cavité du glomérule où elles s'accumulent. Une prolifération analogue a lieu entre les anses qui constituent le bouquet vasculaire ; les vaisseaux deviennent peu perméables ; la capsule s'épaissit ; à la place de la mince membrane qui la constitue à l'état normal, on trouve une série de couches lamellaires, quelquefois même une quantité de lames et de fibres de tissu conjonctif formant une sorte de tissu réticulé dont les mailles sont remplies de cellules libres ou agglomérées, rondes et aplaties et fusiformes, adhérentes par places aux faisceaux fibreux.

Ces lésions se propagent plus ou moins au tissu conjonctif qui accompagne les vaisseaux du hile du glomérule et à celui qui avoisine la capsule.

Les lésions des cellules des tubes contournés sont relativement moins manifestes que celles qui précèdent. Cependant on y trouve un exsudat intra-tubulaire, un état granuleux des cellules, des cylindres, etc.

Les urines, très peu abondantes, sont généralement foncées en couleur, brunâtres ou presque noires, hématuriques, lorsqu'il se fait une poussée inflammatoire. La quantité de l'albumine peut atteindre 6, 8, 10 et 15 gr. par litre. Elles contiennent beaucoup de cylindres hyalins, cireux ou colloïdes, des globules rouges et des globules blancs. La quantité de ces éléments varie d'un jour à l'autre, mais ils ne manquent jamais.

L'œdème est précoce dans la néphrite glomérulaire. La mort est généralement précédée d'attaques éclamptiques et de coma.

b) Néphrite chronique avec prédominance des lésions de l'épithélium. — Le rein est généralement hypertrophié ; la substance corticale lisse, marbrée de taches rouges ou blanches, le plus souvent blanche ou blanc-jaunâtre et opaque, n'adhère pas à la capsule (gros rein blanc lisse). On trouve dans cette forme toutes les lésions de l'épithélium sur lesquelles nous ne pouvons insister complètement, l'état vésiculeux des cellules, leur état granuleux, les exsudats qui les coiffent à leur surface libre, les exsudations en forme de boules hyalines ou de réticulum qui remplissent la cavité dilatée des tubes. Souvent les cellules des tubes droits sont diminuées de hauteur, abrasées pour ainsi dire, finement granuleuses, confondues par leurs bords si bien qu'elles forment le long de la membrane hyaline des tubes, une couche mince de protoplasma homogène, non segmenté, granuleux, parsemé de noyaux ovoïdes à grand axe parallèle à la surface du tube. Ce pro-

---

grave à plusieurs auditeurs qui buvaient ses paroles. L'homme grave, après avoir devisé sur le choléra et la meilleure manière de s'en guérir, ajouta qu'il y avait surtout un médicament précieux, le *veratrum album*, qui est un dérivé du *cuivre*, dont on sait les effets étonnants pour éloigner le choléra. Et l'homme grave disait cela avec une conviction profonde et des façons de savant que l'on admirait beaucoup autour de lui.

A ceux auxquels le *veratrum album* ne suffisait pas, quoique dérivé du cuivre, des fabricants ingénieux ont offert des masques anticholériques dont on a pu voir l'image sur les murs, mais dont l'usage ne paraît pas s'être répandu au gré des inventeurs. On ne se représente pas bien ce déguisement destiné à tromper le microbe, qui aurait bravé les masques comme il a bravé les quarantaines, pour pénétrer en Italie. Un masque serait rationnel si l'on pouvait le porter pendant des mois entiers, sans une minute d'interruption ; mais il faudrait toujours le retirer pour manger, ou le soulever de temps à autre pour se moucher, pour éternuer ; alors, plus de sécurité, car, dans ces courts instants, l'entrée ne serait plus interdite aux microbes, et il en pénétrerait assez pour rendre illusoire la plus rigoureuse soumission au masque antiseptique.

*
* *

Le choléra, exploité par la crédulité ou la cupidité, s'est montré fort bon prince et a été mis à toute sauce. Chaque recette détrônait soi-disant toutes les autres par son infaillibilité. Celle-ci, par exemple. On vous dit que le germe du choléra pénètre dans les voies digestives avec les boissons. Quoi de plus simple que de le détruire sur place ?

toplasma présente souvent des granulations graisseuses disposées en une ou deux rangées très voisines de la membrane hyaline des tubes.

Les exsudats d'origine cellulaire et sanguine sécrétés ou épanchés dans la lumière des tubes urinifères contournés, s'étirent à la filière et se condensent dans les tubes de Henle, d'où ils sortent en présentant assez souvent la forme de tire-bouchon si facile à constater dans les sédiments urinaires traités par l'acide osmique.

Dans le gros rein blanc à surface lisse, la dégénérescence graisseuse des cellules est prédominante. Elle s'accuse à son degré le plus avancé par l'hypertrophie des cellules remplies de granulations graisseuses et de gouttes hyalines.

En même temps on rencontre des lésions disséminées des glomérules, des glomérulites souvent fibreuses, un épaississement de la membrane hyaline des tubes et parfois une inflammation subaiguë du tissu conjonctif.

La symptomatologie de cette variété de la néphrite diffuse présente le type classique de la maladie de Bright avec l'anasarque généralisé.

Les urines, en général peu abondantes, habituellement pâles, se foncent en couleur lorsqu'il se fait une poussée congestive du rein. Elles présentent constamment des cylindres hyalins, colloïdes, durs; mais les dépôts urinaires sont loin d'être les mêmes chaque jour. En examinant journellement ces dépôts, on ne trouve par moments que des cellules lymphatiques et quelques rares cylindres, tandis que d'autres fois on assiste à une véritable débâcle de cylindres en quantité considérable, de couleur foncée, avec des globules rouges et des déchets cellulaires granulo-graisseux. Les cylindres hyalins sont couverts de cellules lymphatiques granuleuses ou même de granulations graisseuses qui leur constituent comme une écorce. La maladie peut durer plusieurs années, jusqu'à 8 et 10 ans. Sa rapidité, sa terminaison funeste paraissent en rapport avec le degré des lésions glomérulaires.

c) Néphrite diffuse avec prédominance des lésions du tissu conjonctif. — Dans cette variété le rein est granuleux et adhérent à la capsule fibreuse, tantôt volumineux, tantôt atrophié. Les granulations plus ou moins volumineuses sont opaques, bordées par une zone de congestion et par des veinules variqueuses. Les granulations saillantes, les traînées opaques que l'on constate à la surface du rein ou sur une section sont formées de tubes uri-

---

Il n'y a, pour cela, qu'à avaler matin et soir quelques cuillerées du merveilleux élixir à base de........, dont les propriétés digestives sur tous les éléments organisés ont été mises en évidence par les expériences des savants docteurs X... et Y... Si l'homme a le choléra, c'est qu'il est incapable de digérer par lui-même le principe contagieux une fois avalé; mais, en introduisant dans l'estomac un peu de l'élixir en question, le choléra se digère comme une simple côtelette, et rien ne prouve même qu'il ne devienne pas nourrissant. On a pu voir cette théorie sérieusement exposée dans les journaux.

Vous êtes dans l'erreur, dit un autre. Vous, l'homme au masque, vous prétendez que le choléra se respire; vous, l'homme à l'élixir, vous prétendez qu'il s'avale. Vous n'êtes sûr de votre fait ni l'un ni l'autre; moi, au contraire, je tourne la difficulté en ne m'occupant pas de la porte d'entrée, mais en attaquant le mal dans le sang et en le forçant à sortir par mon sirop dépuratif et sudorifique. On peut impunément contracter le choléra, si on a une provision suffisante de mon remède, et qu'on se fasse transpirer abondamment tous les jours. Le choléra s'en va par tous les pores avec la sueur, car il ne saurait tenter aucune résistance contre mon sirop.

Le charlatanisme et la réclame à outrance se donnent ainsi carrière depuis l'apparition du choléra, et cette épidémie nous a valu des exemples surprenants de l'effronterie sans borne des marchands d'orviétan, et de l'aptitude indéfinie du public à tout croire et à tout absorber. C'est dans le Midi surtout qu'il faut voir ce débordement de panacées universelles qui ont surgi par bandes comme des sauterelles. Depuis la première alerte, les journaux de cette région consacrent la moitié de leurs colonnes, soit les deux dernières pages en entier, à des annonces de régénérateurs du sang, de vins toni-nutritifs

nifères volumineux dont les cellules sont le plus ordinairement en dégénérescence graisseuse. Autour d'eux les tubes voisins sont atrophiés, présentent de petites cellules cubiques et sont entourés de tissu conjonctif condensé, épaissi. Cette sclérose irrégulière qui entoure les granulations opaques doit être regardée comme secondaire à la néphrite parenchymateuse. Le développement de ce tissu conjonctif est proportionnel à la destruction des cellules épithéliales et à l'affaissement des tubes. La production du tissu conjonctif ne modifie pas sensiblement la symptomatologie de la néphrite diffuse et ne peut en aucune façon l'assimiler au type clinique de la cirrhose vasculaire tel qu'il a été décrit par les auteurs anglais (S. Wilks, G. Stewart, Dickinson) et par MM. Lecorché, Lancereaux et Charcot en France.

(*A suivre.*)

Lettres de Copenhague.

16 août 1884.

Mon cher directeur,

Le titre de la conférence de M. Verneuil, *Sur la diathèse néoplasique*, rapproché de celui du discours de M. Virchow, *Sur la métaplasie*, semblait de nature à fournir matière à comparaison entre les idées de ces deux maîtres sur l'étiologie des tumeurs. Il n'en était rien.

Par *métaplasie*, M. Virchow entend un processus en vertu duquel les modifications qui surviennent dans les tissus au cours de leur développement se produisent en permettant aux cellules préexistantes de continuer à exister, pendant que les caractères du tissu changent. Il se produit ainsi de nouvelles formes de tissus, mais les éléments nouveaux et les éléments anciens se développent de concert, à côté l'un de l'autre (meta), sans se remplacer. Par exemple, la formation de l'os ne se fait pas directement des cellules qui existaient dans l'embryon, mais il se fait auparavant un tissu de transition, de passage, le cartilage, qui s'incruste peu à peu d'éléments calcaires pour faire l'os. Les cellules embryonnaires persistent et les cellules cartilagineuses font, par métaplasie, c'est-à-dire en se développant parallèlement avec les cellules embryonnaires, les cellules osseuses.

La moelle, avec ses trois formes : rouge, jaune et gélatineuse, est un exemple encore plus complexe de métaplasie. Ces trois formes sont différents états de métamorphose cellulaire sous lesquels la moelle se présente ; elle reste la même, bien que chaque forme

---

antimiasmatiques, et de ceintures anticholériques formées de 50 sachets garnis de sulfate de cuivre !

Si cette campagne ne témoigne pas de grands progrès dans le traitement du choléra, elle fait du moins honneur à l'ingéniosité du commerce français.

*
* *

Et dire que tant d'efforts et de bonne volonté auraient été perdus, si un observateur anonyme, qui vient de nous dire « le dernier mot sur le choléra », avait parlé plus tôt ! Comme ses conclusions sont le fruit de l'expérience, on comprend qu'il n'ait pu les formuler qu'à la fin de l'épidémie. Il a constaté qu'il ne s'agissait pas du tout du choléra, mais d'une *infection épidémique* « qui n'a absolument fait de victimes que parmi les gens malpropres, peureux, ou imprudents ». Il n'y a pas un seul médecin qui puisse jurer avoir soigné un véritable cas de choléra. La seule épidémie, qui a effrayé tant d'esprits timorés, est une épidémie de *saletés, de peur et d'imprudence*, et c'est ce qu'il faut dire bien haut pour rassurer les gens propres, courageux et prudents, qui n'ont rien à craindre du fléau. On serait tenté de croire que ce novateur en épidémiologie a quelque parenté avec les autorités sanitaires anglaises.

Pendant que l'épidémie, soit de choléra, soit de saleté, de peur et d'imprudence, étendait ses ravages sur une assez vaste région, certaines localités, menacées par leur position géographique, jouissaient d'une immunité singulière. C'est une remarque déjà ancienne que des villes plus ou moins voisines des foyers de choléra semblent en éprouver une heureuse influence. Le fait n'a pas manqué de se produire tout dernièrement

représente les modifications qui se passent en elle. La métaplasie est donc une nouvelle application de la théorie cellulaire. M. Virchow conserve toujours son axiome : « *Omnis cellula de cellulâ* »; mais, aux deux processus déjà admis : le processus nutritif (trophique) et le processus formatif (plastique), il en ajoute un troisième, dérivant du précédent, pour expliquer la production de nouvelles formes de tissu. Cette théorie peut d'ailleurs s'appliquer aux modifications subies par les différents tissus, os, graisse, etc., et M. Virchow est entré à cet égard dans de grands détails pour montrer que leurs transformations physiologiques et pathologiques, attribuées à l'hypertrophie ou à l'hyperplasie cellulaires, se font par le processus métaplasique.

Peut-être trouverez-vous que cet exposé n'est pas très clair, mais je pense que vous m'excuserez lorsque je vous aurai dit que M. Virchow a fait sa conférence en allemand, qu'il y a une grande différence pour moi entre entendre cette langue et la traduire à coups de dictionnaire, ce qui est mon cas, et que je n'ai appris ce que je viens de rapporter que grâce à l'obligeance d'un de nos confrères danois qui, plus heureux que moi, a compris le discours du professeur de Berlin.

J'espère d'ailleurs que la *Revue scientifique* donnera bientôt une traduction *in extenso* de cet important discours et que vous pourrez vous faire ainsi une idée plus exacte de la métaplasie.

La conférence de sir William Gull, quoique faite en anglais, était beaucoup plus facile à comprendre, parce que le sujet que traitait l'orateur était plus à la portée de tout le monde.

La *British medical Association*, pensant qu'il y aurait grand intérêt pour l'étude des maladies de concentrer le résultat de l'observation de tous ses membres, a dressé une sorte de questionnaire renfermant un certain nombre de colonnes relatives aux différents points à étudier : fréquence des maladies dans tels pays, suivant l'âge, le sexe, la profession, les saisons; caractères présentés par les maladies dans ces conditions; gravité; pronostic; traitement, etc. Ces questionnaires sont remplis par les membres de la *British medical Association*, qui les adressent à un comité central (*Collective investigation Committee*) qui les examine, classe suivant leur nature les renseignements fournis et en tire des conclusions. Les maladies examinées de cette sorte jusqu'alors sont la pneumonie aiguë, la chorée, le rhumatisme aigu, la diphthérie et la syphilis héréditaire. La *British medical Association* renfermant presque tous les médecins anglais, on comprend que les résultats fournis par ces recherches soient importants et aient une grande valeur au point de vue de la statistique des maladies.

M. Gull a profité du Congrès médical international pour exposer à l'assemblée générale les résultats obtenus, et pour proposer, au nom du *Collective investigation Committee* anglais, d'étendre au monde entier les recherches entreprises. Il suffirait pour cela que les membres du Congrès acceptassent d'abord de s'associer aux travaux des

---

et on a lu, à plusieurs reprises, la communication officielle du maire de tel ou tel endroit, annonçant que non-seulement on n'y constatait aucune trace de choléra, mais encore que la santé publique y était sensiblement meilleure qu'en temps ordinaire. Mystères du génie épidémique ! caprices des microbes, qui empoisonnent une ville et qui en purifient d'autres! Cette exception est d'autant plus heureuse, qu'elle s'applique invariablement aux villes d'eaux ou aux villes d'hiver dont la réputation de salubrité est indispensable pour la location des villas et des chambres d'hôtel.

Quand l'affluence des étrangers laisse à désirer, on a, sur quelques plages, des trucs spéciaux qui ne réalisent rien moins que la multiplication des baigneurs. Avec un seul étranger en faire deux ou trois, voilà le problème, et il se résout, comme on va le voir, d'une façon très simple. En arrivant, vous vous adressez à un agent d'affaires dont le nom est affiché sur tous les arbres du pays. Il commence par vous déclarer que tout est loué, qu'il aura beaucoup de peine à vous procurer ce qu'il vous faut, et il vous mène au bout du pays, dans un quartier perdu, pour visiter une affreuse maison, la seule qui soit vacante. Vous êtes suivi de vos malles et de vos enfants, et si vous hésitez, l'agent vous fait entendre que dans une heure, il aura loué son taudis à des gens moins difficiles, et que vous ne trouverez plus rien du tout. Alors, vous acceptez, et *vous signez un bail* pour toute la saison. En rentrant dans la ville, vous apercevez partout des écriteaux, il vous vient un soupçon, vous demandez à l'agent si par hasard ce châlet-ci ou celui-là ne serait pas libre ; on entre, et tout de suite vous avez à choisir entre plusieurs habitations, qu'on s'était bien gardé de vous montrer d'abord. L'une d'elles vous convient, vous vous y installez, et vous pensez qu'il suffit de faire l'échange pour être quitte avec votre homme. Point du tout; quand vous avez pris possession de la demeure de votre

médecins anglais, puis de faire auprès de leurs confrères une propagande active pour qu'ils voulussent bien prendre la peine de remplir les colonnes de questionnaires analogues à ceux qui sont déjà en usage. Le comité anglais ferait alors place à un comité international. La question mérite certainement d'être étudiée, et si les auditeurs de sir William Gull ne perdent pas les bonnes résolutions qu'ils ont prises en l'écoutant, de s'associer à ses projets, nul doute que le comité international pour les recherches sur les maladies soit constitué dans un temps plus ou moins rapproché.

Dans la dernière séance, M. le président Panum a étudié une question assez analogue; il s'agissait d'appliquer la statistique à l'alimentation de l'homme. Depuis Galien, on a certainement entendu parler de la diététique, mais il faut bien avouer que les médecins n'ont pour elle qu'un amour platonique. A ce point de vue, les animaux ont été mieux traités que les hommes, car si on a fait jusqu'ici des recherches sur la composition des aliments utiles, on a eu surtout en vue les aliments destinés aux animaux. Pour l'homme on a peu fait de recherches physiologiques exactes, et on a nié l'importance de la méthode statistique pour cette question. Cependant la méthode est bonne, mais à la condition qu'on en fasse une bonne application. Par exemple, il serait utile de savoir quelle quantité de matières albuminoïdes, de graisse, de substances hydrocarbonées il faudrait faire entrer dans l'alimentation pour réparer les pertes de vingt-quatre heures. Mais alors surgissent de nombreuses conditions différentes dont il faut tenir compte. Dans l'état normal, il faut une certaine quantité de ces aliments, mais si l'individu travaille, s'il est malade, s'il est jeune, adulte ou vieillard, si c'est une femme ou un homme, un citadin ou un campagnard, il faut des quantités différentes suivant les cas.

Comme l'a dit spirituellement M. Panum, il sera certainement difficile de faire accepter par un cuisinier l'ingérence de la science et du médecin dans le noble art de la cuisine, et tout aussi difficile d'ajouter aux pharmacopées un chapitre relatif aux doses des matières albuminoïdes, des corps gras et des substances hydrocarbonées qu'il faudrait faire entrer dans la préparation des aliments suivant les individus. La chose serait pourtant bien nécessaire dans les hôpitaux et dans les prisons, où on se plaint si souvent des aliments, mais il y aurait certainement conflit entre l'administration et les médecins si on voulait y introduire cette réforme, d'autant plus que les médecins en général n'ont pas souvent d'idées bien nettes à ce sujet.

M. Panum, d'accord avec le gouvernement danois et la municipalité de la ville de Copenhague, a étudié le mode d'alimentation des hôpitaux, des hospices et des prisons, et après de nombreuses recherches, a été assez heureux pour faire introduire dans ces établissements des modifications importantes, sans trop grever le budget, grâce à une meilleure répartition des diverses substances alimentaires : albuminoïdes, graisseuses, hydrocarbonées. A l'hospice des Sourds-Muets entre autres, l'amélioration du régime

---

goût, que vos malles sont défaites, alors vous apprenez que vous avez bien le droit de demeurer dans la seconde villa, et d'en payer le loyer, mais que la première reste aussi à votre charge, puisque vous avez accepté et signé un bail en bonne forme. La seconde fois, comme on a vu que le logis vous plaisait et que vous y veniez, on a négligé cette formalité, qui n'est nécessaire que pour faire un sort aux bicoques dont personne ne veut.

Vous avez beau crier et vous débattre, vous êtes pris ; et vous avez vos deux loyers sur les bras. Ce tour se joue couramment dans une station de bains de mer, sur l'Océan, entre Bordeaux et Biarritz; je ne la désignerai pas autrement, heureux si cet avertissement pouvait préserver quelques malades des manœuvres judaïques qui attendent là-bas les gens trop confiants. Voilà comment il peut y avoir très peu de monde dans un endroit où cependant toutes les maisons sont louées.

*
* *

Cette digression balnéaire m'a éloigné du choléra, dont je n'avais plus qu'un mot à dire, pour regretter que son véritable bacille ne soit pas encore découvert. Je trouvais cependant un grand charme à celui du professeur Koch, rien qu'à cause de son nom de bacille en virgule, les microbes m'ayant toujours paru constituer la ponctuation de la virulence, mais non point le texte.

P. DUBRAY.

alimentaire s'est traduite par une augmentation de la croissance de ces jeunes infirmes. Ces résultats sont d'ailleurs d'accord avec ceux qui ont été signalés par d'autres physiologistes, Liebig, Vogt, etc. Aussi, lorsqu'il y a eu des différences non en rapport avec le régime alimentaire prescrit, a-t-on été conduit à en rechercher la cause dans le mode de répartition des aliments ; c'est ainsi que dans une prison de Prusse on a trouvé que la cuisine des prisonniers et des employés était bien faite dans la même marmite, ce qui semblait le meilleur moyen d'assurer à toute la population de cet établissement une alimentation uniforme, mais que, par un hasard singulier, la viande allait toujours chez les employés, et les pommes de terre chez les prisonniers.

M. Panum propose donc de faire une série de recherches destinées à indiquer les quantités des différentes substances qu'il faut faire entrer dans l'alimentation des divers individus. Ces renseignements utiles seraient renfermés dans des tableaux que chaque médecin aurait à sa portée afin de pouvoir les consulter en cas de besoin.

Ces propositions ne sont pas faites au nom d'une commission comme celles de M. Gull, mais en son nom propre, dans le but de fonder une association internationale pour améliorer l'alimentation générale, et en particulier celle des classes pauvres, en la faisant d'une manière plus physiologique.

Quelques collègues connaissant à fond les matières dont il s'agit pourraient, avec l'aide d'un certain nombre de leurs compatriotes, faire de la propagande dans leur pays, dans le but de faire adopter ces vues, qu'on soumettrait à l'approbation du prochain Congrès.

M. His, président de la séance, a proposé ensuite à l'assemblée de voter des remerciements à M. Panum, qui, malgré les nombreux travaux nécessités par l'organisation du Congrès, organisation qui a été si parfaite, a trouvé encore le temps de faire les immenses recherches dont il vient de communiquer le résumé. Des applaudissements unanimes ont accueilli cette proposition.

Le choix du siège du prochain Congrès a nécessité une séance préalable, dans laquelle ont été discutées toutes les éventualités en présence. La question n'était pas facile à résoudre, et ce n'est pas sans peine qu'on est arrivé à la solution.

La France a déjà eu son Congrès, la Belgique, la Hollande, l'Autriche, la Suisse également ; le Congrès de Florence n'a pas eu beaucoup d'éclat, et on pouvait retourner en Italie ; mais où ? La municipalité de Rome a bien envoyé une invitation, mais à l'époque de nos Congrès, Rome est déserte à cause de la température, et on ne peut mettre le congrès à Pâques, comme a fait l'Association française lorsqu'elle est allée à Alger, parce que certaines universités n'ont pas de congé à cette époque.

Un certain nombre de membres ont proposé Saint-Pétersbourg ou Moscou, le Congrès n'ayant pas encore eu lieu en Russie; mais, avant tout, il faut avoir l'autorisation de l'Empereur, et on n'est pas sûr de l'obtenir.

L'Allemagne a certainement droit à un Congrès, et parmi les villes de ce pays, on pourrait choisir Berlin, Munich ou Leipzig. Ces deux dernières villes s'effaçant devant Berlin si on va en Allemagne, on devrait donc aller à Berlin. Mais Berlin n'a pas adressé d'invitation parce qu'il n'est pas certain que tout le monde l'acceptera, et que les médecins français qui fournissent au Congrès un notable contingent, s'abstiendront probablement.

M. Virchow qui, à tort ou à raison, passe pour l'ennemi politique de la France (ce n'est pas ici le lieu d'examiner ce point) a pris la parole non comme homme politique mais comme membre de la Société de médecine de Berlin, et, avec un tact parfait, a présenté la question comme elle devait l'être. Je ne crains pas, a-t-il dit, que le Congrès prochain ne soit pas aussi nombreux, aussi complet que les précédents, s'il se réunit en Allemagne. Si notre pays n'a pas envoyé d'invitation, c'est qu'il n'en avait pas à faire, car on sait, par ce qui s'est passé dans les sessions précédentes, que le Congrès décide s'il ira dans tel ou tel pays, et qu'il a déjà décliné plusieurs fois les invitations qui lui ont été faites. Mais, si le Congrès veut aller à Berlin, la Société de médecine de cette ville est, je puis l'affirmer, disposée à faire à tous les membres du Congrès une réception digne d'elle et de lui; nous ne ferons peut-être pas aussi bien que nos confrères danois, qui ont rendu la tâche difficile à leurs successeurs, mais nous ferons de notre mieux, et aussi cordialement que possible. Nous pensons donc qu'aucune nation ne refusera l'hospitalité que nous serons heureux de vous offrir.

M. Trélat a fait à cette déclaration une objection qui ne manque pas de valeur et qui a produit une certaine impression sur l'assemblée. Assurément, dit-il, Berlin est un grand centre scientifique où se trouvent beaucoup d'hommes éminents. Nul doute que la réception ne soit digne des médecins qui l'auront préparée et de ceux qui l'accepteront. Mais en dehors de ces confrères, hommes de science, de tact, n'ayant en vue que l'intérêt de

notre profession, il y a une grande ville, une grande population qui n'est peut-être pas animée des mêmes sentiments, et on comprend que nous, médecins français, puissions craindre d'y trouver à chaque pas des choses qui nous rappellent nos récentes douleurs.

L'Allemagne écartée, on s'est occupé de l'Amérique du Nord.

En effet, comme le rappelle M. Panum, les Congrès internationaux, par leur titre même, ne doivent pas se limiter à l'Europe. Les Etats-Unis ont demandé que le Congrès se réunisse à Washington, et ont envoyé une invitation formelle dans les termes les plus cordiaux. M. John S. Billings, dans le langage humoristique que connaissent et qu'apprécient bien les membres du Congrès, a motivé l'invitation de son pays en déclarant que l'Association médicale américaine était toute disposée à faire tous les sacrifices possibles pour assurer le succès du Congrès; l'été est d'ailleurs une bonne saison pour faire la traversée, et M. Billings, qui l'a faite une vingtaine de fois, peut en parler en connaissance de cause.

M. Lépine répond, au nom d'un certain nombre de médecins français, que pour choisir le lieu du prochain Congrès il faut, avant toute question de nationalité ou autre, ne considérer que les intérêts plus élevés de la science. A la vérité, les membres au nom desquels il parle sont un peu effrayés par la perspective des fatigues du voyage et les difficultés de la langue; mais ils pensent aussi qu'au point de vue de l'avenir du Congrès, il faut que celui-ci se tienne dans un grand centre scientifique quel qu'il soit; qu'il en est encore beaucoup en Europe qui désirent recevoir le congrès, alors que Washington n'est pas un centre scientifique, et qu'il faut tenir le prochain Congrès dans notre vieux continent.

M. Verneuil a examiné le projet d'aller à Washington à un autre point de vue, qui, pour être peu scientifique, n'en a pas moins son importance pratique. Il faut faire deux catégories dans les membres du Congrès, les uns âgés et riches, les autres jeunes mais encore peu fortunés. Or pour aller à Washington, il faudra beaucoup de temps et d'argent et subir des fatigues considérables. Les médecins âgés, qui pourraient supporter les frais du voyage, ne pourront consacrer à ce Congrès un mois ou plus, à cause de leurs occupations, et ne voudront pas pour la plupart en affronter les fatigues; les médecins jeunes n'ont pas beaucoup de temps non plus, et si la prévision des fatigues ne les arrête pas, leur budget pourra les faire renoncer à aller passer deux ou trois semaines en Amérique.

M. Crocq, de Bruxelles, pense comme M. Verneuil à cet égard; il ajoute, avec M. Lépine, qu'il faut rester en Europe et défend chaleureusement la cause de Berlin.

Mais nos confrères anglais viennent à la rescousse pour l'Amérique. M. le professeur Acland nie les fatigues du voyage; M. Mac Cormac, frappé, dans un voyage récent, de l'intérêt que peuvent présenter pour le Congrès les institutions médicales et scientifiques américaines, ne croit pas non plus que les difficultés du voyage soient de nature à arrêter les membres européens; sir Risdom Bennet parle dans le même sens, et enfin sir Billings lève les derniers scrupules en déclarant au nom de l'*American medical Association* que les États-Unis se chargeront certainement des frais que nécessitera le passage, aller et retour, des membres européens du Congrès et leur séjour à Washington. Par 20 voix contre 6, le comité d'organisation du Congrès désigna donc Washington pour être le siège de la prochaine réunion.

M. His, nommé rapporteur, présenta la question dans ce sens à l'assemblée générale de clôture, qui ratifia le vote du comité. Préparons-nous donc à aller à Washington dans trois ans.

Dans la même séance, M. Verneuil, s'appuyant sur la présence au Congrès d'un grand nombre de médecins de différents pays, et sur l'importance qu'il y aurait à rassembler des documents sur les maladies de ces pays, leurs analogies et leurs différences suivant les lieux, etc., propose de créer, pour le prochain Congrès, une section de géographie médicale. La question sera étudiée d'ici là, et la proposition en sera faite officiellement à la réunion prochaine. Rapprochée des propositions faites par M. Gull et par M. Panum, celle de M. Verneuil n'en présente que plus d'intérêt et sera certainement adoptée.

Puis sont venues les politesses du départ, les adresses de remerciements et de félicitations. M. Billings a remercié le Congrès de son vote pour Washington et les médecins danois de leur généreuse hospitalité; il espère que les Etats-Unis ne feront pas moins bien. M. Axel Key, au nom des pays du Nord qui ont coopéré au Congrès, déclare que tout le mérite de l'organisation de ce Congrès et de son succès doit revenir aux médecins danois, au comité de Copenhague en particulier, qui ont tout fait. L'accueil fait par les médecins danois à leurs frères du Nord resserrera certainement les liens d'amitié

qui existent entre eux. M. Risdom Bennet, au nom des Anglais, présente aux organisateurs du Congrès et à la population de Copenhague ses chaleureux remerciements. M. Virchow, au nom du Congrès, propose, en français, d'adresser des remerciements au roi de Danemark pour la protection et l'intérêt qu'il a bien voulu accorder au Congrès en assistant à sa séance d'ouverture et en le recevant ensuite dans son palais; — à la municipalité, qui a tant fait pour nous donner des fêtes splendides, dont on ne verra pas souvent les pareilles; — au comité d'organisation, et en particulier à son illustre président M. Panum, qui a toujours conservé dans ses fonctions une impartialité parfaite et une autorité respectée qu'il devait à sa haute position scientifique.

« Si j'ai réussi dans l'organisation de ce Congrès, répond M. Panum avec une expression de modestie très touchante, c'est que j'ai fait ce que j'ai cru être mon devoir. J'ai d'ailleurs été assisté dans tous ces travaux préparatoires par un grand nombre de collègues dévoués, et si je ne puis tous les nommer, je dois dire cependant que notre éminent secrétaire général, M. Lange, doit avoir la plus grande partie de vos remerciements, car c'est lui qui, pendant trois ans, a fait la grosse besogne : invitations, correspondance avec 4,000 membres, etc.

« Messieurs, notre Congrès est terminé. En arrivant, nous avons trouvé des collègues, nous quittons des amis, dont nous regrettons le départ et que nous serons heureux de revoir. »

Toute l'assemblée a ratifié, par ses applaudissements, cet aimable et sympathique « au revoir » de M. Panum. L.-H. Petit.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1884.

A *Marseille*, du 19 au 20, on compte 12 décès cholériques sur 39, et 8 entrées à l'hôpital du Pharo. Les patentes délivrées aux navires mentionnent cette amélioration et l'existence de quelques cas isolés. On constate encore, à la même date, 1 décès à Château-Renard, 1 décès à Saint-Chamans, 1 à Salon, 1 à Roquevaire, 1 à Saint-Remy et 1 à Orgon.

La population de l'hospice des aliénés d'*Aix* est toujours gravement atteinte. Du 19 au 20, on comptait dans cet établissement 20 malades en traitement et 2 décès; du 20 au 21, 4 décès. En ville, il y avait eu 1 décès et, aux environs, un autre décès à Villeneuve. A *Arles*, l'affolement est toujours grand; la plupart des cas ont une marche rapide, et le nombre des décès a été de 2 du 19 au 20, et de 4 du 20 au 21. Enfin, d'*Avignon*, en date du 20 août, on signale 12 décès dans le village de Caumont depuis le 17 août.

Dans le département du *Var*, la situation est la suivante : A *Toulon*, du 19 au 20, il y a eu 3 décès, et du 20 au 21, 6 décès cholériques sur une mortalité générale de 12 individus. Il existait 57 cholériques en traitement à l'hôpital Saint-Mandrier et 21 à l'hôpital Bon-Rencontre; la plupart de ces malades sont ou entrent en convalescence. Aux environs, on constate 2 décès à Brignoles, 1 au Val; 3 décès à Hyères; 1 décès à Six-fours, 1 autre à Sollies-Pont. Enfin, le hameau des Sênes a été complètement évacué par tous ses habitants, à l'exception d'un seul.

Dans le département du *Gard*, on constate : à *Nîmes*, 1 cas du 19 au 20, et 2 décès du 20 au 21 ; à Alais, 1 décès le 21, 2 décès à Bessèges, 1 décès à Vallabrègues, 3 décès à Saint-Ambroise, 2 cas à Saint-Gilles et des cas à Rochesadoule et Bouillargues.

Dans celui des *Pyrénées-Orientales*, voici, d'après les renseignements officiels, la morbidité et la mortalité cholériques de ces derniers jours : du 19 au 20, on constate 3 décès à Perpignan, 1 à Corbière-les-Cabanes, 1 à Prades, 2 à Boule-d'Amont, 1 à Claira et 7 à Saint-Feliu d'Aval ; du 20 au 21, il y a eu 5 décès à Perpignan, 3 à Saint-Feliu d'Aval, 1 à Claira, 1 à Millas, 1 à Villeneuve-la-Raho, 1 à Camelas, 1 à Castelnau, 1 à Elne, 1 à Arles-sur-Tesch et 1 à Banyuls-des-Aspres. L'épidémie s'est donc étendue dans de nouvelles localités.

Le département de la *Drôme* est maintenant contaminé. Le 20 août on signale 2 cas à Arpavon et 1 cas à Saint-Maurice, dans l'arrondissement de Nyons.

Dans l'*Hérault*, on compte, du 28 juillet, début de l'épidémie, au 20 août, 57 décès dont onze enfants. A Gigean, l'épidémie diminue ; mais elle s'est déclarée avec violence à Mèze le 20 août, où il y a eu 5 décès. Elle sévit toujours à Coumonterral, à quatre kilomètres de Gigean ; à Lunel, où il y a eu le 29 2 décès ; à Villeneuve-les-Béziers 1 décès, et à Cette 1 décès.

Dans l'*Aude*, le 20 août, il y a eu 3 décès à Narbonne, 1 à Castelnaudary, 4 décès et

6 cas à Fontcouverte, dans le canton de Lézignan, 5 cas et 4 décès à Carcassonne. Le 21, on signale un autre décès à Narbonne.

Dans la *Haute-Garonne*, le 17 août, on constate 2 cas foudroyants à Villefranche de Laurouguais ; le 18 un autre cas, et à cette même date 1 décès à Toulouse.

Le foyer cholérique du département de l'*Ardèche* n'est pas éteint : à Vogué, le 20 août, il y avait 9 malades et 2 décès ; à Lavilledieu, 1 décès et 14 malades ; à Saint-Pont, 1 décès et 6 malades ; à Aubignas, 1 cas ; à Ruoms, 2 décès ; de plus, on constate des cas à Saint-Alban, dans l'arrondissement de Largentière, et 1 cas à Vallon.

Enfin, on signale le 20 août 2 décès à Gap et la morbidité toujours grave de Mézel dans les Basses-Alpes.

A *Lyon*, le 19 août, on a enregistré un nouveau décès, et trois autres cas dans les faubourgs à la Mouche, la Guillotière et la Croix-Rousse. Enfin, je mentionne un décès douteux dont parlent les journaux de Saint-Etienne. La nature asiatique du cas qui s'était déclaré dimanche n'est pas encore nettement démontrée.

En *Italie*, voici l'état sanitaire : le 19 août, le bulletin officiel enregistre, dans les provinces de Bergame, 8 cas et 4 décès ; de Cunéo, 1 décès ; de Gênes, 1 cas ; de Massa, 3 cas ; de Parme, 1 décès ; le 20 août, dans les provinces de Bergame, 6 cas et 6 décès ; de Campobasso, 7 cas et 3 décès ; de Cosenza, 1 cas ; de Cunéo, 4 cas et 4 décès ; de Gênes, 1 cas ; de Parme, 1 décès ; de Porto-Maurizio, 1 cas et 1 décès ; de Turin, 10 cas et 6 décès. — C. L. D.

COURRIER

Nominations. — Par arrêté ministériel, en date du 6 août, M. le professeur Gosselin, ancien chirurgien de l'hôpital de la Charité, est nommé chirurgien honoraire des hôpitaux.

— Par arrêté ministériel en date du 12 août, M. le docteur Proust, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, inspecteur-adjoint des services sanitaires, a été nommé inspecteur général de ces services, en remplacement de M. le docteur Fauvel, admis à faire valoir ses droits à la retraite et nommé inspecteur général honoraire.

— Par arrêté ministériel en date du 16 août, M. le professeur Regnauld, membre de l'Académie de médecine, directeur de la pharmacie centrale des hôpitaux de Paris, a été nommé membre du Comité consultatif d'hygiène publique de France.

Cours d'accouchements. — Le docteur Stapfer, chef de clinique, commencera son cours particulier le 1er septembre, à quatre heures, et le continuera tous les jours, à la même heure, à la clinique de la Faculté. Ce cours théorique et pratique (opérations ; examen des femmes) sera complet en deux mois.

S'adresser pour tous renseignements à l'hôpital de la clinique.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

Pathologie des néphrites subaiguës et chroniques (1).

(Communication résumée, faite au Congrès par M. le docteur Cornil.)

NÉPHRITES SYSTÉMATIQUES (NÉPHRITES INTERSTITIELLES OU CIRRHOSES DU REIN)

A. *Néphrite systématique d'origine glandulaire.* — Le type de cette forme nous est fourni expérimentalement par les expériences de MM. Charcot et Gombault sur l'empoisonnement saturnin. On sait qu'en mêlant avec les aliments des cobayes et des lapins du carbonate de plomb, MM. Charcot et Gombault ont obtenu des néphrites interstitielles caractérisées à l'œil nu par un rein granuleux et à l'examen microscopique par le collapsus d'un certain nombre de tubes entourés de tissu conjonctif contenant de petites cellules. La lésion est causée à son origine par de petits infarctus calcaires dans les branches grêles de Henle, puis par une atrophie des cellules des tubes contournés correspondants; à la suite du collapsus de ces tubes, il se fait autour d'eux une néphrite interstitielle. Les granulations du rein des cobayes présentent une régularité parfaite. Sur les coupes transversales des pyramides de Ferrein, on voit au centre une zone fibreuse avec des tubes atrophiés, à la périphérie une zone formée par les glomérules entourés de tissu conjonctif et une zone intermédiaire offrant des travées fibreuses. Pendant que certains des tubes contenus dans le tissu fibreux s'atrophient, d'autres subsistent à peu près sains et constituent les granulations saillantes à la surface du rein. Dans les tubes atrophiés les cellules sont devenues très petites, cubiques ; leur protoplasma clair, ayant perdu ses stries et granulations, n'a plus aucun des caractères des cellules rénales. Leur noyau se colore très fortement par le carmin.

Les reins d'ouvriers intoxiqués par le plomb, morts accidentellement au début de la néphrite saturnine, nous ont montré, à M. Brault et à moi, les mêmes lésions que dans l'empoisonnement expérimental. Les tubuli contorti ne sont en voie d'atrophie que par places ; la lésion se poursuit suivant le trajet d'un certain nombre d'entre eux jusqu'aux glomérules. Ils offrent l'atrophie de leurs cellules revenues à un type indifférent et il s'est développé, à leur périphérie, du tissu fibroïde contenant de petites cellules rondes ou ovoïdes. Les capsules de Bowmann entourées de tissu conjonctif s'appliquent aux glomérules plus ou moins atrophiés. Les vaisseaux sanguins sont normaux au début, même lorsque la sclérose rénale est déjà très accusée. Plus tard les vaisseaux peuvent devenir malades et leurs parois s'épaississent alors progressivement.

Chez les cobayes, la néphrite saturnine ne donne pas lieu à l'albuminurie. Chez l'homme, au début de la même lésion, et bien que le rein soit déjà très altéré, l'albuminurie peut manquer ou être très peu marquée. Mais, dans la néphrite saturnine chronique de l'homme, on voit survenir, avec l'albuminurie, des lésions portant sur les cellules et analogues à celles de la néphrite diffuse; les cellules abrasées contiennent des granulations graisseuses, des exsudats intra-tubulaires, des boules hyalines et des cylindres hyalins. Par places, il se développe des kystes aux dépens des tubes dilatés. Les vaisseaux présentent de l'endartérite et de la péri-artérite; mais

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 23 août 1884.

cependant les artérioles les plus volumineuses sont généralement indemnes.

En coïncidence avec cette néphrite, on a noté l'hypertrophie du cœur gauche, les dépôts uratiques des cartilages articulaires, et quelquefois même des dépôts d'urate de soude dans le rein.

A côté de la néphrite saturnine, nous plaçons la *néphrite goutteuse*, qui paraît aussi en relation avec l'élimination de sels basiques, l'urate de soude. Toutes les lésions de la néphrite diffuse et de la néphrite interstitielle peuvent se rencontrer dans le rein des goutteux.

B. *Néphrite systématique ou cirrhose d'origine vasculaire.* — Tandis que, dans les néphrites précédentes, l'inflammation du tissu conjonctif était consécutive à la dégénérescence granulo-graisseuse et à l'atrophie de l'épithélium des tubes contournés, les lésions des cellules succèdent, dans la variété que nous avons en vue maintenant, aux altérations des vaisseaux et du tissu conjonctif.

Le rein, adhérent fortement à la capsule, rougeâtre ou gris rosé, généralement très atrophié, est chagriné à sa surface, et présente en même temps des granulations plus volumineuses, aplaties ou arrondies et saillantes. Les granulations sont en général semi-transparentes, parfois entourées de petites ecchymoses ou hémorrhagies interstitielles. La substance corticale est très atrophiée; la substance tubulaire l'est aussi, mais à un moindre degré. Les artérioles de la substance intermédiaire sont béantes et rigides. Les kystes sont presque constamment observés.

Sur les coupes de la substance corticale, les glomérules sont tous plus ou moins atteints; leurs anses capillaires sont épaissies, parfois hyalines (thoma); la lumière des capillaires est rétrécie ou oblitérée; tout le glomérule se transforme finalement en un petit nodule de faisceaux fibreux épais, séparés par des cellules irrégulièrement comprimées et déformées; la capsule appliquée contre le glomérule est épaissie, hyaline, fibreuse; tout le glomérule peut s'infiltrer de sels calcaires. Le collapsus des tubes, la formation du tissu fibreux atteignent leur maximum autour des granulations saillantes, tandis que les tubes contenus dans la granulation offrent à peu près leur volume normal. On trouve, dans la lumière de ces derniers, souvent dilatée, des boules hyalines ou des exsudats colloïdes, des cylindres, etc. Ce sont eux qui deviennent le point de départ des kystes. Quelquefois toute la substance corticale est formée de petits kystes colloïdes.

Ce qui caractérise surtout cette variété de néphrite chronique, c'est la sclérose des artérioles et des veinules qui servent de point de départ et de direction à l'inflammation du tissu conjonctif. Les grosses artères sont atteintes d'endartérite et même d'athérome; leur tunique moyenne présente une réfringence telle qu'on pense au premier abord à une dégénérescence amyloïde. La péri-artérite est également très prononcée. Cette artérite, de même que la phlébite concomitante, peuvent être portées au point d'oblitérer la lumière des vaisseaux.

Les relations de la néphrite chronique avec les altérations des artères ont été signalées depuis longtemps par Johnson et étudiées dernièrement par MM. Gull et Sutton, qui ont fait jouer à l'*arterio-capillary fibrosis* un rôle prédominant. Si l'on n'envisage que les néphrites chroniques diffuses ou interstitielles arrivées à leur dernier terme, on est porté à exagérer l'importance de ces lésions vasculaires, car on les y observe très souvent, à un degré plus ou moins marqué. Mais si l'on tient compte surtout du mode d'évolution, on doit en restreindre la portée et ne leur attribuer un rôle essentiel que dans la catégorie de faits, d'ailleurs assez nombreux, que nous rangeons sous le titre de néphrite systématique d'origine vasculaire. MM. Bartels, Debove et Letulle ont réduit la coïncidence de l'artérite chronique et de la cirrhose rénale à une juste appréciation.

Dans toutes les néphrites chroniques, on peut voir survenir des lésions du cœur. Avec les néphrites diffuses glomérulaires ou épithéliales coexistent souvent des hypertrophies parfois considérables du cœur gauche, avec ou sans lésions d'orifice, des myocardites interstitielles. Ces lésions nous paraissent dues, suivant l'opinion de Traube, à un surcroît d'activité du cœur nécessité par l'obstacle opposé au sang dans l'appareil glomérulaire. Les lésions cardiaques s'observent, à plus forte raison, avec une constance plus grande dans les néphrites diffuses avec prédominance des lésions du tissu conjonctif.

Les néphrites systématiques et, en particulier, celles qui ont une origine vasculaire, sont encore à plus forte raison liées à des altérations du cœur et des grosses artères. Elles font partie d'une maladie complexe qui porte sur tout le système cardio-vasculaire.

La première période habituellement très longue de la néphrite interstitielle est le plus souvent latente ; plus tard apparaissent la polyurie nocturne et diurne et les troubles fonctionnels du cœur. L'albuminurie et l'œdème manquent d'habitude. Exceptionnellement, ils apparaissent de bonne heure; ils sont toujours alors en rapport avec l'asystolie cardiaque. Dans la dernière période de ces néphrites, lorsque l'action du cœur s'affaiblit et que les urines deviennent moins abondantes, elles se foncent en couleur et contiennent de l'albumine. L'œdème des extrémités, les phénomènes urémiques apparaissent. Mais ce sont les troubles fonctionnels du cœur qui dominent la scène pathologique. A l'autopsie, on trouve de l'hypertrophie cardiaque, de la myocardite, le plus souvent des lésions des orifices, de l'athérome artériel, une congestion ou une apoplexie pulmonaire et un foie muscade.

Lettres d'Amérique.

Washington, 27 mai 1884.

En comparant la date de cette lettre avec celle de la dernière (*Union méd.*, 23 février), je me sens confus et je dois vous demander pardon de ce long silence (1).

Je terminais en vous parlant d'une institution dont le corps médical de notre pays est très fier, le « Surgeon General's Office » du département médical de l'armée. Notre chirurgie militaire est fort bien montée; elle se compose d'hommes qui ont à subir, pour y entrer, un examen probatoire très sérieux, et qui, après un certain temps de service, doivent se soumettre à une seconde épreuve. La plupart d'entre eux ont à passer plusieurs années de leur vie pour ainsi dire aux avant-postes, en des pays presque déserts, au milieu de nos tribus indiennes. Dans ces conditions, leurs devoirs, parfois ardus et pleins de dangers, ne sont pas en général absorbants; aussi beaucoup d'entre eux se livrent-ils à des recherches scientifiques et font-ils ainsi leur réputation. L'Office du chirurgien général, en exigeant d'eux des rapports réguliers, les maintient en haleine, et d'autre part leur fournit libéralement la littérature médicale courante et les instruments nécessaires pour les études de chimie, d'histologie et de météorologie.

La guerre de sécession a transformé le corps de santé militaire, en particulier son quartier général, l'Office en question. La prospérité du pays, l'ouverture des vastes contrées de l'Ouest et la construction du chemin de fer trans-continental ont profondément modifié toutes choses. Nous n'avons plus, pour ainsi dire, de pays inhabités; les Indiens, réduits en nombre, ne sauraient échapper à notre surveillance, et nos postes avancés ne sont plus ce qu'ils étaient. Partout la civilisation se fait sentir, à peine ébauchée, il est vrai, sur beaucoup de points, mais le progrès est incontestable.

Au commencement de la guerre, l'Office n'était qu'une sorte de quartier général exé-

(1) Nous aussi, nous sommes bien en retard avec notre excellent confrère, le docteur Lee, puisque sa lettre nous est arrivée dans le courant de juin. De pressantes obligations, le souci de l'actualité, le choléra, le Congrès de Copenhague, nous ont empêché, à notre grand regret, de la traduire et de l'imprimer plus tôt. — (La Réd.)

cutif, où on classait des rapports et d'où émanaient les ordres de service et les changements de postes des médecins militaires. Mais bientôt les circonstances l'obligèrent à élargir considérablement son champ d'action. Le docteur W.-A. Hammond, bien connu pour ses travaux sur les maladies nerveuses, et auquel succéda comme chirurgien général le docteur J.-K. Barnes, mort récemment, prit alors une part active à cette réorganisation; c'est durant cette période que fut recruté le personnel actuel de l'Office. Le résultat du nouveau système fut de permettre à l'Office d'utiliser les matériaux qui affluaient du champ de bataille et des hôpitaux de campagne, sous forme de mémoires et de pièces qui jetaient la lumière sur une foule de questions de chirurgie et de pathologie. Ainsi ont pris naissance l' « Army medical Museum » et l' « Histoire médicale et chirurgicale de la guerre de sécession », à laquelle seront toujours attachés les noms d'Otis et de Woodward. Cet ouvrage devait avoir six volumes; cinq ont été publiés, le sixième est encore en préparation. La partie chirurgicale est complète; elle a été le dernier travail d'Otis, car il est mort avant que le troisième volume, le dernier de la Section de chirurgie, fût entre les mains de l'imprimeur; nous devons son achèvement aux efforts du docteur Huntington. Le troisième volume de la Section de médecine devra être continué, sans doute, par d'autres mains que celles de Woodward, dont la santé est sérieusement compromise. Le docteur Woodward est un homme de tempérament robuste, mais un travail absorbant, à l'aide duquel il a porté à un haut degré de perfection toute la partie du Musée qui concerne l'histologie, lui prend plus de forces que le repos et le sommeil ne sauraient lui en rendre. Il était des médecins qui ont veillé au chevet de notre président Garfield pendant de si longs jours d'anxiété.

Le Musée est installé dans un vieux bâtiment d'une rue latérale qui servait de théâtre, et dans lequel le président Abraham Lincoln a reçu de l'acteur J. Wilkes Booth le coup de révolver qui l'a tué. Le gouvernement en a pris possession à cette époque et n'y a fait que les changements nécessaires pour l'approprier à sa nouvelle destination. Nos lecteurs peuvent se rappeler que Booth reçut une balle dans les vertèbres cervicales au moment de son arrestation; elle a été mise, comme le signe d'une terrible revanche, dans une vitrine placée aussi près que possible de l'endroit où Lincoln fut frappé. On voit dans le Musée tout ce qui trouve naturellement sa place dans un édifice de ce genre, pièces d'ostéologie, échantillons de blessures par armes à feu, résultats opératoires, moules de moignons, blessures des viscères, instruments et appareils servant à l'équipement du corps de santé, modèles des principaux hôpitaux militaires, enfin une très utile collection relative à l'anatomie et aux maladies du cheval. Le Musée est devenu trop petit pour son contenu; le bâtiment menace de tomber d'un moment à l'autre par le feu ou par manque de solidité, car il n'a pas été construit pour un pareil usage, et dans d'autres conditions il est probable qu'on l'eût déjà démoli depuis longtemps. On a fait bien des tentatives pour assurer au Musée et à la Bibliothèque un bâtiment convenable, mais nous sommes à la veille d'une élection présidentielle, et chacun des membres du Congrès désire garder intact, pour le faire briller aux yeux de ses électeurs, le livre où il inscrit les économies réalisées hors de son propre district.

Outre le Musée, ce même bâtiment est affecté au dépôt des archives contenant, autant que possible, l'histoire de tous les soldats ou officiers qui ont, pour cause d'infirmités, adressé des réclamations à l'Office. Ces dossiers, on le comprend, sont d'une grande valeur pour établir les droits de chacun à une pension, etc. Telle est l'origine des deux précieux volumes de statistique du docteur J.-H. Baxter, œuvre à la fois médicale et anthropologique, sortie du bureau de la Gendarmerie et des registres où sont inscrits plus d'un millier d'hommes examinés pour le service militaire. On y trouve d'intéressantes comparaisons entre les Américains de race blanche, les Américains de couleur, les Anglais, les Irlandais et les Allemands, qui représentent la masse d'où sont tirées nos recrues, et une étude portant sur certaines qualités physiques de l'homme, sur la maladie dans ses rapports avec les qualités physiques, les occupations et les lieux.

En parlant de cet Office, nous avons mis en lumière une œuvre qu'on peut dire achevée aujourd'hui. Quand le Musée aura un local convenable et bien aménagé, il pourra servir et servira sans nul doute à réaliser le projet d'une collection d'instruments et d'appareils destinée à montrer les rapides progrès que nous faisons tous les jours dans les recherches de physiologie et de pathologie ; mais, à moins que nous n'ayons une seconde guerre, ce qu'à Dieu ne plaise! de nouvelles pièces pathologiques ne devront s'y ajouter que lentement. Et cependant je n'affirme rien sous ce rapport ; il y a là quelques vingt mille échantillons, ceux dont j'ai parlé, classés et disposés pour qu'on

puisse les examiner facilement, et chaque année il s'en ajoute environ deux cents, représentant des anomalies et des lésions morbides qui n'ont rien à voir avec la médecine et la chirurgie militaires. Cela conduit à penser que le Musée est apprécié comme il doit l'être par l'ensemble du corps médical, et qu'il ne cessera d'accroître ses richesses et d'accumuler tout ce qui intéresse la pratique générale.

Il me reste à parler maintenant de ce qui est en fin de compte la grande œuvre de l'Office, la centralisation et le classement des travaux de médecine parus dans toutes les parties du monde, y compris ceux des périodes antérieures et, ce qui importe encore plus, le détail journalier de tout ce qui se publie actuellement dans toutes les langues. Il semble qu'une pareille tâche doive exiger un nombreux personnel de travailleurs instruits ; mais il n'en est rien, grâce à l'admirable système adopté par le docteur Billings, habilement secondé par le docteur Fletcher. Un petit nombre d'hommes bien dressés et bien surveillés manient cette quantité de matériaux sans autre gêne que le défaut d'espace. Sous ce rapport, ils sont cruellement entravés. D'une poignée de livres, le contenu de la bibliothèque s'est élevé à plus de 70,000 volumes ; elle reçoit aujourd'hui régulièrement plus de 500 journaux de médecine. Les ouvrages sont catalogués par fiches, où sont indiqués les titres et les noms d'auteurs, avec renvois des uns aux autres. Tout est rangé par ordre alphabétique et disposé de manière à être facilement consulté à toute heure. De là sont sorties deux importantes publications, l' « Index-Catalogue » de la bibliothèque et l' « Index médicus » publié sous forme de journal. L'index-Catalogue est imprimé par le gouvernement, à raison d'un volume environ chaque année ; quatre ont déjà paru et le cinquième est sous presse. Ils contiennent l'indication de tout ce qu'on trouve à la bibliothèque sur un sujet donné (et la classification des matières est devenue à elle seule une véritable science), jusqu'à la date du dernier ouvrage paru de chaque auteur ; ils sont donc aussi complets que possible. Le premier volume a été publié en 1880 et contient 1,018 pages ; le deuxième en 1881, 1,002 pages ; le troisième en 1882, 1,031 pages ; le quatrième en 1883, 1,045 pages. Ce dernier se termine sur le nom de Fizes (Nicolas), de telle sorte que, pour atteindre à peine à la moitié de la sixième lettre de l'alphabet, il a fallu 4,086 pages in-quarto, sur double colonne et en petit texte. Pour donner une idée de cette richesse de matériaux, prenons le dernier volume et jetons-y un coup d'œil. Le premier mot de grande importance est Oreille ; outre les renvois à quinze autres mots, lui seul occupe trente-six pages : d'abord les noms des auteurs d'ouvrages originaux, puis des articles de journaux ou de Sociétés ; division en anomalies, cancer et tumeurs, cautérisation, anatomie comparée, maladies subdivisées elles-mêmes en catarrhales et inflammatoires, étiologie, complications et suites, diagnostic et symptômes, statistiques, traitement, exploration ; enfin les instruments et les opérations, etc.

A ce train de publication, il faudra des années pour que toute la série ait vu le jour, et alors une série supplémentaire sera indispensable. En attendant, afin de ne pas laisser perdre ce qui est omis naturellement dans chaque volume comme ayant paru depuis sa publication, on a créé l'Index médicus, paraissant tous les mois par souscription, toujours sous l'habile direction des docteurs Billings et Fletcher, et par les soins du plus renommé et du plus enthousiaste de nos éditeurs, F. Leypoldt. Cette dernière entreprise n'a jamais eu le moindre succès d'argent, elle a été une ruine pour l'éditeur, qui est mort aujourd'hui, et, à moins qu'elle ne trouve d'ici à quelques mois de puissants encouragements, il est douteux qu'elle puisse durer bien longtemps. Elle est encore vivante grâce au zèle de ses rédacteurs, absorbés par leur grande œuvre, et aux sacrifices que s'est imposés l'éditeur avec le seul espoir de payer ses frais. La masse des praticiens a rarement besoin d'un pareil ouvrage, et, quand l'occasion s'en présente, ils préfèrent le consulter sur les rayons de quelque bibliothèque où ils ont accès.

Mais il est temps que je m'arrête ici. J'aurais aimé à vous parler de l'imposante réunion de médecins que nous avons eue il y a quinze jours, l' « American medical Association » ; mais il faut que je remette ce plaisir à un autre moment.

W. Lee.

Le Congrès d'hygiène industrielle de Rouen.

Dans l'espace de quarante-huit heures, le Congrès d'hygiène industrielle de Rouen s'est ouvert et fermé, avec la paisible modestie d'un débutant. Cette entrée en scène de l'hygiène industrielle ressemblait bien à un début, puisque ce Congrès est la première réunion de ce genre.

C'eût été une erreur de laisser le champ libre à toutes les communications dans une assemblée de si courte durée. Aussi ses organisateurs ont-ils pris soin d'en limiter le programme à deux questions : l'hygiène de l'ouvrier dans l'atelier et l'hygiène de l'ouvrier hors de l'atelier. Ce moyen était le seul d'obtenir des résultats de ce Congrès, dont le lieu était bien choisi dans la ville de Rouen, cette capitale industrielle de l'ouest de la France.

Dans l'atelier, deux dangers menacent l'ouvrier : l'emploi des engins professionnels ; la viciation de l'atmosphère.

Les accidents de machines sont nombreux ; leur chirurgie possède des indications et des allures spéciales, à preuve les récents et remarquables mémoires de M. Guermonprez (de Lille), mémoires connus des lecteurs de l'*Union médicale*. Leur fréquence est extrême, et, par exemple, à Elbœuf, M. Duchesne a constaté les mutilations phalangiennes de la plupart des conducteurs des machines à tondre le drap. Aujourd'hui, là où on fait usage des appareils et des grillages protecteurs, ces accidents ont disparu. Cette argumentation a été appuyée par M. Blaise et M. Pelletier.

La mécanique industrielle peut donc résoudre la question ; néanmoins, le problème n'est pas tout entier dans l'imagination de l'ingénieur, il dépend encore du législateur. M. Brémond pense que pour obtenir d'utiles résultats, il y aurait lieu d'étendre à tous les établissements l'article 14 de la loi du 10 mai 1894, relative au travail des enfants dans les manufactures.

Sans doute au point de vue du fonctionnarisme officiel tout serait alors pour le mieux. Cependant, il me reste un doute sur l'efficacité de ces mesures en présence de l'insouciance des ouvriers, et tout en légiférant à nouveau, il y aurait utilité à faire entrer l'hygiène plus avant dans les mœurs ; il est vrai que cette œuvre est de celles dont les plus officiels des fonctionnaires n'ont pu jusqu'à ce jour assurer la réalisation.

L'hygiène de l'atelier intéresse avec raison M. Napias. Dans un discours consacré à montrer son importance, le savant secrétaire de la Société d'hygiène publique a procédé à l'énumération quelque peu banale des causes de viciation de l'atmosphère des ateliers, émanations industrielles, émanations du miasme humain, encombrement et agglomération des individus, etc., etc. Les remèdes proposés sont la création d'ateliers spacieux, bien ventilés et bien éclairés, conditions dont l'excellence est hors de doute, hors de nouveauté, et trop souvent hors de toute exécution. Il en est de même de la manipulation des poussières dangereuses dans des appareils clos ; la loi l'exige. Reste à savoir si la loi n'est pas lettre morte, et si les influences locales ou autres n'ont pas pour effet de grandes tolérances, si enfin les ouvriers eux-mêmes s'y conforment bien.

La deuxième partie du programme avait pour objet l'hygiène de l'ouvrier hors de l'atelier, c'est-à-dire à son domicile. C'était soulever la question des logements populaires et incidemment celle des logements insalubres.

Relativement aux logements ouvriers, tout le monde est d'accord en paroles et en promesses. Economistes et hygiénistes de toute école se font les organes des plaintes universelles. M. Deshayes, en retraçant ce qui existe dans les habitations où résident les filateurs, donnait donc un nouvel exemple de faits antérieurement et fréquemment signalés. Il en est de même de l'argumentation de M. Dumesnil, insistant à la fois sur l'urgence d'aérer les villes, de les assainir par de larges percements de rues après les demolitions des constructions à l'usage des classes modestes. C'est le côté économique de la question, et une critique indirecte du système parisien des grandes expropriations.

Il est temps d'arrêter ce compte rendu d'un Congrès d'hygiène, où les questions d'économie politique ont pris une si vaste place. Cependant je signalerai encore les recommandations banales du préfet de la Seine-Inférieure, exhortant les conseil municipaux à mettre en tête de leur programme les questions d'hygiène, et l'allocution du maire de Rouen, très heureux de rendre hommage à sa propre administration municipale ainsi que de rappeler son impuissance légale à faire exécuter les mesures d'assainissement indiquées par les commissions des logements insalubres ! Il y a longtemps que les administrations parlent beau, et que les choses restent en l'état.

Quels sont les résultats pratiques de ce Congrès ? Au point de vue officiel et bien que ses membres fussent en grand nombre des fonctionnaires administratifs de l'hygiène, ils seront modestes. Néanmoins ils auront peut-être un avantage notable dont il faudra rendre hommage à ses organisateurs, qui sont MM. Leudet et Laurent, les membres du Comité central d'hygiène de la Seine-Inférieure, les Société industrielles et médicales de Rouen, celui de vulgariser par la parole l'importance de ces questions vitales pour la prospérité et le peuplement du pays. C'est un commencement dans un temps où

l'hygiène est trop abandonnée aux fonctionnaires du gouvernement. Puisse cette tentative être imitée dans d'autres villes de France, nos concitoyens apprendre à regarder ces connaissances comme la chose de chacun, et unir leurs efforts à l'instar de ces associations si prospères et si fécondes dans les pays anglo-saxons.

C. L. D.

BIBLIOTHÈQUE

Dictionnaire de chimie pure et appliquée comprenant la chimie organique et inorganique, la chimie appliquée à l'industrie, a l'agriculture et aux arts, la chimie analytique, la chimie physique et la minéralogie, par Ad. Wurtz, membre de l'Institut (Académie des sciences). — Supplément, VIIIe fascicule. (Oxygène a Picolines). — Librairie Hachette.

Wurtz n'a pas vécu assez longtemps pour mener jusqu'au bout la publication de son beau *Dictionnaire de chimie ;* mais le groupe des savants collaborateurs dont il a su s'entourer pour la réalisation de son œuvre, en assure la continuation et le succès. On sait que la chimie est une science qui ne s'arrête jamais. Aussi, qui se serait étonné, après la dernière ligne du Dictionnaire imprimée, de voir naître un supplément d'une importance considérable ? Aujourd'hui, nous avons le VIIIe fascicule de ce supplément. Ce VIIIe fascicule contient plusieurs articles de la compétence des médecins : Oxygène, Ozone, Pancréatique (suc), Papaïne, Paraffine, Pepsine, Peptones, Phénol, Phosphore, etc., etc.

Dans le premier de ces articles, il s'agit principalement de la liquéfaction de *l'oxygène* et peut-être de sa réduction à l'état solide ! L'opération amène une pression de 300 atmosphères, un abaissement de température de 200°. Il n'est pas étonnant, dit l'auteur, qu'aucun gaz ne résiste à cet énorme refroidissement.

Comme pour l'oxygène, c'est l'étude des propriétés physiques de *l'ozone* qui a surtout fait des progrès récemment ; et c'est à ce point de vue que l'article du VIIIe fascicule est le complément de celui du Dictionnaire. L'intérêt, quoique relatif, est très grand.

L'article suivant renferme sur le suc Pancréatique une discussion physiologique dans laquelle il a été tenu compte des recherches les plus récentes. Il paraîtrait que le suc pancréatique ne devrait point ses propriétés émulsives à un ferment spécial, comme on l'a supposé, mais qu'il détermine l'émulsion grâce à ses propriétés physiques seules, au même titre qu'une solution de gomme et de tant d'autres substances. Ainsi, chaque jour, on voit les fonctions de la vie rentrer de plus en plus dans les lois générales. Le suc pancréatique est le liquide le plus altérable de l'économie ; même frais il contient toujours des germes de bactéries, qui, se trouvant dans un milieu propice, se développent avec rapidité. Ne peuvent-ils pas, ces germes, pendant la vie, se trouver dans des conditions favorables. Nous portons la septicémie dans notre pancréas !

La Pepsine a fourni la matière d'un article important, c'est une histoire résumée de cet agent au point de vue de son origine, de sa composition et de ses propriétés. Une chose curieuse, c'est qu'on ait retiré une véritable pepsine de suc des urnes des népenthès, plantes qui semblent digérer des insectes. La digestion peptique est diversement influencée suivant certaines conditions, qu'il est indispensable d'étudier dans l'intérêt de la physiologie et de l'hygiène, et que le médecin praticien doit connaître : influence de la température, de la quantité de pepsine, de la quantité d'eau, de la nature et de la proportion d'acide, de l'alcool, de la bière et du vin, des sels neutres des métaux alcalins, des sels de métaux lourds, des antiseptiques, des alcaloïdes. — Cet article est suivi de l'article non moins complet et utile Peptones.

L'article Phénol est tout d'actualité, puisqu'on emploie si abondamment ce produit comme désinfectant. Rapprochement bizarre : nous venons de voir que notre pancréas contient des germes de bactéries tous prêts à nous dévorer ; or, voilà qu'on a trouvé du phénol dans notre urine... serait-ce une prévoyance de la nature qui aurait mis le remède à côté du mal ? L'article phénol est étudié à fond et présenté avec des détails très savants ; et il est suivi d'un grand nombre d'articles qui s'y rattachent plus ou moins.

Je ne dirai que deux mots de l'article complémentaire Phosphore, très bien fait mais exclusivement chimique. La phosphorescence de ce corps est liée à la production de l'ozone. Si l'on introduit de l'ozone dans de l'oxygène sous la pression normale, en présence d'un bâton de phosphore, celui-ci devient phosphorescent durant un instant ; la phosphorescence cesse aussitôt que cet ozone est absorbé. D'un autre côté, certains corps empêchent la phosphorescence dans l'air ; ces corps sont ceux qui détruisent ou absorbent l'ozone, comme l'essence de térébenthine. Ces faits sont curieux.

Le *Dictionnaire de chimie* de Wurtz, avec son supplément, qui va bientôt être terminé, formera un tout bien complet, une très belle exposition de la chimie à la fin du XIXe siècle.

G. R.

DE LA PINCE A OS ET DU CRANIOCLASTE. Etude historique et expérimentale, par M. le docteur A. AUVARD, ancien interne de la Maternité. Thèse inaug. — O. Doin, 1884.

Après des considérations générales sur la tête fœtale et la perforation du crâne, d'où il résulte que la partie du crâne nécessaire à perforer avant d'essayer de la réduire est la base, et l'instrument qui convient le mieux pour cette opération est le perforateur de Blot, M. Auvard montre qu'il n'existe pas de différence bien marquées entre la pince à os et le cranioclaste, considérés comme instruments propres à broyer et à extraire la tête du fœtus. Il trace les modifications subies par ces instruments depuis Ambroise Paré jusqu'à Braun et Fabbri, et indique ensuite les différentes manière de les employer suivant le cas : dans les présentations de la face, dans celles du sommet, que la tête se présente la première ou la dernière, dans les présentations du siège ou du tronc, le cranioclaste étant appliqué sur ces régions.

M. Auvard reconnaît au cranioclaste les avantages suivants : 1° d'être un instrument simple, peu volumineux, de maniement facile; 2° de n'entrer en rapport avec l'utérus que par une de ses extrémités, l'autre étant cachée dans la cavité cranienne; 3° de laisser à la tête fœtale sa souplesse, et de ne pas gêner par conséquent l'adaptation à la déformation pelvienne; 4° de permettre l'exécution des différentes méthodes auxquelles on a eu recours pour pratiquer l'embryotomie céphalique (traction, inclinaison, broiement, morcellement); 5° de rendre facile l'extraction de la tête se présentant par le sommet ou la face, du siège, ou enfin du tronc et de la tête séparés l'un de l'autre et retenus dans les parties génitales.

Par contre, on peut reprocher au cranioclaste : 1° De rendre indispensable un diagnostic précis, non seulement de la présentation fœtale, mais aussi de la position; 2° de nécessiter parfois certaines manœuvres qu'un homme exercé pourra seul bien exécuter.

La manière dont les branches du cranioclaste doivent être introduites et réunies dans chaque cas et dont il faut ensuite faire manœuvrer l'instrument, est indiquée avec tous les détails les plus minutieux. L'auteur y revient à plusieurs reprises dans un résumé et dans des conclusions, pour préciser davantage encore.

Cette thèse est terminée par un index bibliographique très bien fait, dans lequel M. Auvard a donné exactement le titre des ouvrages qn'il a consultés, et de ceux-là seulement, et en outre le résumé des chapitres qu'ils contiennent sur les ostéoclastes.

L.-H. PETIT.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1884.

La mortalité générale de *Marseille* est maintenant normale; par contre, le nombre des décès cholériques ne s'est pas atténué du 20 au 23 (8 décès du 20 au 21, 15 du 21 au 22, et 10 du 22 au 23). L'épidémie est donc loin d'avoir disparu; à preuve aussi les décès survenus dans les environs : à Salon, Châteaurenard, Saint-Remy et Saint-Andéol. A *Toulon*, il y a une recrudescence, car, de 3 décès du 21 au 22, la mortalité cholérique s'est élevée à 12 décès du 22 au 23. Cette recrudescence de la maladie est attribuée à la négligence à observer les mesures d'assainissement. Les décès des environs sont peu nombreux : à Luc, Brignoles, Hyères et Sollies.

Arles et *Aix* sont dans une meilleure situation : du 20 au 22, on ne signale que 3 décès cholériques dans l'une et l'autre ville.

Dans le département du *Gard*, la mortalité a été de 24 décès du 20 au 23; Vallabrègues et Bessèges sont les deux localités où la mortalité est le plus élevée.

Dans l'*Hérault*, on compte 30 décès du 21 au 23, dont 10 à Mèze, 6 à Lunel et 5 à Pézenas; dans la *Drôme*, 7 décès; dans l'*Ardèche*, 7 décès et 37 cas, et dans l'*Aude*, 15 décès. Dans ce département, Carcassonne et Montredon sont les deux principaux foyers de la maladie; on signale aussi la contamination de l'asile des aliénés de Limoux.

Les *Pyrénées-Orientales* sont moins épargnées : du 2 au 23, on y a enregistré 30 décès, dont 15 à Perpignan, et, de plus, l'extension de l'épidémie dans les campagnes, où les communes d'Oms et Saint-Marsal sont envahies depuis le 23.

Dans le département de *Vaucluse*, on signale des décès à Avignon et à Cavaillon; mais le principal foyer y est toujours l'asile des aliénés de Mondevergues, où, depuis le

début de l'épidémie, on a compté 60 décès, tandis que la mortalité cholérique d'Avignon et des environs s'élevait seulement à 17 décès.

Le département de la *Haute-Garonne* est définitivement atteint. Si les cas sont rares à Toulouse, où on a enregistré 2 décès du 21 au 23, par contre ils sont nombreux à Aspet, Sancioles et Milhos. Enfin, dans les *Basses-Alpes*, on signale toujours des cas à Gap et à Sisteron.

D'autre part, l'épidémie s'est encore étendue vers le Nord; le 21 août, il y a eu des cas cholériques aux environs du Puy; de sorte que, pour être lente, cette extension n'en est pas moins continue. Nos autorités sanitaires ont donc tout le temps de réfléchir et de mûrir leurs fameuses circulaires.

A l'étranger : Genève paraît être contaminé définitivement depuis le 21 août. En Italie : la province de Naples est envahie depuis le 22; et les bulletins officiels du gouvernement italien mentionnent l'accroissement de l'épidémie, malgré les quarantaines terrestres, les cordons sanitaires et les bersagliéris. Le 21, il y avait 52 cas nouveaux et 24 décès; le 22, 73 cas et 27 décès. Le choléra ne se laisse donc pas arrêter par les gendarmes italiens. — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 12 août 1884. — Présidence de M. ROLLAND.

M. A. RICHET présente une note de son fils, M. Ch. RICHET, intitulée : *De l'influence de la chaleur sur la respiration et de la dyspnée thermique.*

« Les auteurs qui se sont occupés de la dyspnée thermique (accroissement du nombre des respirations par le fait de la chaleur) ne se sont pas mis d'accord sur la cause de ce phénomène. M. Ackermann, M. Goldstein, M. Mertchinsky, M. Gad pensent que l'accélération respiratoire est due à l'échauffement du système nerveux central. M. Sihler, au contraire, croit à une action réflexe dont le point de départ serait dans les nerfs cutanés périphériques.

« Les expériences que j'ai faites sur cette question, et dont le détail m'entraînerait trop loin, comportent les conclusions suivantes :

« 1° On peut, chez le chien, par des excitations électriques fortes et répétées, provoquer un tétanos général. Ces contractions musculaires violentes accroissent rapidement la température du corps : en même temps la respiration s'accélère. Dès que la température a dépassé environ 40°,5, le rythme respiratoire s'élève à 200, 300 et même 340 respirations par minute. Il y a donc une dyspnée thermique centrale ; car, dans cette expérience, la température extérieure n'a pas varié, et la dyspnée intense qu'on observe alors ne peut reconnaître qu'une seule cause, l'échauffement du sang et du système nerveux.

« 2° Il y a aussi une dyspnée thermique réflexe ; car des chiens, placés dans une étuve dont la température est entre 38° et 41°, deviennent aussitôt très anhélants : leur rythme respiratoire s'élève brusquement à 300 et même 340 respirations par minute. Cependant leur température centrale n'a pas varié : elle reste pendant des heures entières la même qu'au début de l'expérience. Il s'agit donc là d'une dyspnée thermique réflexe, due à l'excitation spéciale du tégument par un milieu ambiant plus chaud qu'à l'ordinaire.

« 3° Cette dyspnée thermique réflexe ne s'observe pas chez l'homme, mais chez le chien. Elle représente un appareil de réfrigération qui supplée au défaut de sa transpiration cutanée.

« 4° On constate que cet appareil de réfrigération est nécessaire au chien pour supporter des températures extérieures élevées. En effet, un chien mis dans l'étuve, après qu'il a été fortement muselé, ne peut pas faire des respirations fréquentes. Aussi sa température s'élève-t-elle alors rapidement. Dans mon étuve à 39°, un chien laissé en liberté conserve pendant vingt-quatre heures sa température normale, tandis que, pour un chien muselé, la température, en une demi-heure ou une heure, s'élève de 39° à 42° et même 43°.

« 5° Quel que soit le moyen qu'on emploie pour empêcher le rythme respiratoire d'être accéléré, la température du chien dans l'étuve s'élève très promptement. Ainsi, en faisant respirer l'animal par la trachée et par une canule d'étroit diamètre, qui suffit à la respiration normale, mais qui ne suffit pas à une respiration accélérée, la température s'élève bientôt à 42° et à 43°, et il meurt asphyxié.

« 6° Le chloral à dose anesthésique, en abolissant toutes les actions réflexes, abolit aussi la dyspnée thermique réflexe, de sorte qu'un chien profondément chloralysé ne peut plus avoir d'accélération respiratoire réflexe. Alors il s'échauffe en une heure ou deux jusqu'à une hyperthermie mortelle. Au contraire, la morphine, même à la dose de 0 gr. 50, n'empêche pas ce réflexe respiratoire.

« 7° Pour que le rythme fréquent des inspirations ait lieu, il faut que la trachée soit largement ouverte, que la résistance à l'inspiration et à l'expiration soit réduite au minimum, et aussi la tension de l'acide carbonique dans le poumon, partant, dans le sang. Quand la surcharge d'acide carbonique est trop grande, la respiration devient profonde et lente. Il y a donc une dyspnée asphyxique caractérisée par des inspirations lentes et profondes ; tandis que, dans la dysnée thermique, la respiration est rapide et superficielle.

« 8° D'importantes différences séparent la dyspnée thermique centrale de la dyspnée thermique réflexe. Celle qui est réflexe est absolument abolie par le chloral, tandis que le chloral, même à dose anesthésique, n'empêche pas la dyspnée thermique de cause centrale, encore qu'il ralentisse quelque peu le rythme des inspirations. Il semble que le fait d'accélérer son rythme par la chaleur soit une propriété générale du système nerveux excito-moteur de la respiration, propriété qui ne peut disparaître par l'emploi des anesthésiques.

« 9° La dyspnée thermique centrale commence dès que la température de l'animal (chien) dépasse 40°,5 ; elle atteint son maximum quand la température est entre 41°,5 et 42°. Aucune excitation réflexe ne peut l'arrêter, tandis que la dyspnée thermique réflexe est soumise à l'influence de la volonté et de toutes les excitations périphériques.

« 10° Parmi les excitations périphériques, la plus puissante pour ralentir la respiration accélérée est le contact de l'eau froide ; mais l'eau froide n'agit d'une manière durable que si la température du chien est au-dessous de 40°,6.

« 11° Dans la thermo-dyspnée réflexe, l'eau froide arrête immédiatement et d'une manière durable l'accélération respiratoire.

« 12° Dans la thermo-dyspnée centrale, l'accélération respiratoire persiste, alors même que la température du chien est revenue à l'état normal ; il semble que le bulbe ait pris l'habitude d'un rythme précipité. Dans ce cas, c'est-à-dire quand la température s'est abaissée, sans que le rythme de la respiration se soit ralenti, l'eau froide, sans modifier notablement la température, ralentit d'une manière permanente ce rythme accéléré, qui avait persisté après un échauffement momentané. Mais, si la température est au-dessus de 40°,6 ou environ, le ralentissement par l'eau froide n'est pas permanent. »

M. Charcot communique un travail de M. Mairet concernant l'influence du travail intellectuel sur l'élimination de l'acide phosphorique par les urines. En voici les conclusions :

« 1° L'acide phosphorique est intimement lié à la nutrition et au fonctionnement du cerveau. Le cerveau, en fonctionnant, absorbe de l'acide phosphorique uni aux alcalis et rend de l'acide phosphorique uni aux terres ;

« 2° Le travail intellectuel ralentit la nutrition générale ;

« 3° Le travail intellectuel modifie l'élimination de l'acide phosphorique par les urines ; il diminue le chiffre de l'acide phosphorique uni aux alcalis et augmente le chiffre de l'acide phosphorique uni aux terres. »

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 15 au 21 août 1884. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1092. — Fièvre typhoïde, 29. — Variole, 3. — Rougeole, 16. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 10. — Diphthérie, croup, 25. — Dysentérie, 2. — Erysipèle, 6. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. aiguë), 50. — Phthisie pulmonaire, 196. — Autres tuberculoses, 11. — Autres affections générales, 81. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 44. — Bronchite aiguë, 12. — Pneumonie, 40. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 164 ; au sein et mixte, 52 ; inconnues, 15. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 98 ; circulatoire, 64 ; respiratoire, 57 ; digestif, 57 ; génito-urinaire, 15 ; de la peau et du tissu lamineux, 3 ; des os, articulat. et muscles, 3. — Morts violentes, 29 — Causes non classées, 5.

Le service de Statistique municipale a compté, cette semaine, 1,092 décès, soit 104 de moins que la semaine dernière.

Cette sensible atténuation de la mortalité porte principalement sur les maladies épidémiques de l'Athrepsie des jeunes enfants.

La fièvre typhoïde a fait, du 15 au 21 août, 29 victimes au lieu de 42, chiffre relevé dans notre précédent Bulletin. D'autre part, 57 typhiques ont été admis dans les hôpitaux du 11 au 17 courant ; pendant le précédent septenaire, il en avait été admis 127.

La Rougeole (16 décès au lieu de 19) et la Coqueluche (10 au lieu de 13) sont en décroissance. Cette décroissance est surtout marquée pour la Diphthérie (25 décès au lieu de 36). L'épidémie ne s'est pas continuée dans les quartiers signalés dans nos précédents Bulletins.

Enfin, le nombre de décès dus à l'Athrepsie est tombé de 270 à 231. Ce chiffre est encore très élevé. Depuis le commencement du second semestre, le total des décès dus à l'Athrepsie est de 1,549 en sept semaines, soit une moyenne hebdomadaire de 221. Pendant tout le premier semestre de la présente année, ce total a été de 1,723 ; soit seulement une moyenne par semaine de 63.

Le service de Statistique a reçu avis d'un cas de choléra suivi de mort. Hâtons-nous de dire que, d'après les observations que nous a communiquées, avec une grande obligeance, le médecin qui a donné ses soins à la personne décédée, et d'après sa propre opinion, il s'agit du choléra nostras ou sporadique, qui fait tous les ans des victimes à Paris, et non du choléra asiatique ou épidémique. La personne décédée, âgée de 57 ans, avait été atteinte le mercredi 13, d'une diarrhée prémonitoire malgré laquelle elle a cru pouvoir quitter Paris. C'est à son retour, le jeudi soir, à 10 heures, qu'elle a été prise de diarrhée et de vomissements de nature bilieuse. Le lendemain, contractions spasmodiques des membres, refroidissement qui persiste jusqu'à la mort, survenue le dimanche matin 17.

Le service de Statistique a été informé de 399 mariages et de 1,251 naissances d'enfants vivants (647 garçons et 604 filles), dont 893 légitimes et 358 illégitimes. Parmi ces derniers, 76 ont été reconnus par un des parents ou par les deux.

Dr Jacques Bertillon,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

THÈSES POUR LE DOCTORAT SOUTENUES DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON, PENDANT LES MOIS DE JUIN ET JUILLET.

G. Souquière : La corélyse. Étude clinique et critique du procédé du professeur Forster, de Breslau. — L. Thassard-Haste : Du mode d'action du forceps. — P. Chabert : Traitement de la fièvre puerpérale par les bains froids. — L. Blache : Essai sur les pseudo-paralysies générales. — Ch. Goumy : Du traitement de la pneumonie par les bains froids. —Ch. Truchot : Étude expérimentale sur le virus de la septicémie puerpérale. — Félix Colombel : Étude expérimentale et clinique sur un nouveau procédé d'anesthésie mixte. — Joseph Sage : Contribution à l'étude des mouvements choréiformes chez les paralytiques généraux. — F. Rolland : Recherches expérimentales sur la fièvre de résorption des phthisiques. — Charles Masson : Essai sur l'historique et le développement de la médecine légale. — Al. Domeck : Étude expérimentale et critique sur les mouvements normaux des paupières. — Léon Roché : Étude sur l'hématocèle vaginale. — C. Burgat : Étude sur deux cas d'hystéro-épilepsie. — Ph. Charvet : Contribution à l'étude du bruit de galop. — Jean Eparvier : Contribution à l'étude de l'asphyxie locale des extrémités. — F. Brossard : Des fractures du cubitus par cause indirecte et de la fracture du radius par torsion. — N. Francou : De la fistule anale ; étiologie et traitement. — Étienne Josserand : Contribution à l'étude des contaminations vaccinales. — Arnaud Vaquié : Quelques mots sur l'entorse du pied et son traitement. — A. Rousset : Étude sur le délire aigu à forme typhoïde. — P. Liénard : De l'influence de l'hypertrophie prostatique sur les rétrécissements de l'urèthre. — M. Randon : Étude sur le choléra de 1884, observé à l'hôpital de la marine de Toulon, du 18 juin au 18 juillet. — J. Vernay : Étude clinique et anatomo-pathologique du cancer du pancréas. — Ph.-A. Héron : De l'éthérisation par la voie rectale et de ses dangers. — Marc Mathieu : Du cancer précoce de l'estomac. — J. Barudel : Contribution à l'étude de l'hydarthrose du genou, consécutive aux fractures de cuisse. — A. Laguaite : De la déviation complète du cours des matières intestinales appliquée au traitement des cancers du rectum. — E. Drély : Essai sur la thérapeutique par le chlorhydrate de kairine.

Thèse de pharmacie.

A. Paillasson : Sur les principaux anesthésiques employés dans la chirurgie dentaire : chloroforme, éther, protoxyde d'azote.

FORMULAIRE

Collyre contre l'ophthalmie conjonctivale. — Warlomont.

Borate de soude. . . . . 5 grammes.
Décoction d'althœa. . . . . 200 —

Faites dissoudre. — On imbibe de cette décoction tiède, une compresse de toile de huit doubles, et on l'applique sur les yeux fermés, dans les cas aigus d'ophthalmie conjonctivale superficielle, accompagnés de larmoiement, de douleur et d'une vive sensibilité à la lumière. Le malade se tient couché sur le dos, pendant la durée de l'application, qui est de 15 à 20 minutes toutes les 2 ou 3 heures, suivant l'intensité de l'inflammation. La compresse est maintenue dans le creux de la main et mouillée à nouveau, dès qu'elle se dessèche ou se refroidit. — Dans les cas plus graves, avec larmoiement et photophobie intenses, il est avantageux d'ajouter à la solution de borax de l'extrait de jusquiame ou de belladone, selon les cas, à la dose de 3 à 5 grammes. — On prescrit en outre des pédiluves sinapisés et des purgatifs salins. — N. G.

COURRIER

Nécrologie. — Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Jaubert, médecin-inspecteur des eaux de Greoulx. Cet honorable confrère était un savant naturaliste. Outre ses mémoires sur la station de Greoulx, il a publié, en collaboration avec le docteur Barthelémy Lapommeray, un ouvrage très apprécié sur les richesses ornithologiques du midi de la France. Il était aussi très versé dans l'archéologie préhistorique, cette science née d'hier. Son mémoire sur Hyères avant l'histoire témoigne de la variété de ses connaissances et d'une grande originalité de vues sur ces périodes obscures du développement de l'espèce humaine.

Le docteur Jaubert était en outre doué d'un esprit novateur, et possédait un vrai talent d'organisation. Il venait de créer à Hyères un musée local d'histoire naturelle. Dans son esprit, ce musée avait pour principal objectif de collectionner dans les trois règnes toutes les espèces particulières à la région méridionale, et d'en établir le catalogue d'après les données les plus récentes de la science. Il s'était entouré d'un groupe de collaborateurs dévoués qui l'inspirait des lumières de son expérience et de son savoir. L'œuvre est assez avancée aujourd'hui pour qu'il y ait lieu d'espérer qu'elle continue ses progrès.

— Nous apprenons également la mort du docteur Suquet, qui vient de mourir dans sa propriété de Montmège, aux environs d'Aurillac.

C'est à lui qu'on doit l'invention du mode d'embaumement usité le plus généralement.

— Le professeur J. Cohnheim est mort le 16 août à Leipzig.

Nouvelle société pour la crémation. — Cette Société a été fondée à Boston le 11 février 1884. Les membres de la Société doivent verser 1 fr. 50 par mois et 12 fr. pour un seul paiement annuel ; moyennant cette somme ils sont assurés d'être soumis à la crémation. Cette Société est désignée sous la rubrique de « Société religieuse, scientifique et médicale ». Son capital est de 20,000 sterl. ; le crématoire sera dressé à la première occasion. L'endroit choisi pour cela est situé dans les faubourgs de la ville, dans un site agréable, il a une étendue de quatre acres de terrain. Il s'y trouve une église où seront célébrés les offices funèbres pendant la crémation ; il y aura de plus une salle d'autopsie, et une autre pour conserver les corps un certain temps ; cette dernière mesure a été adoptée pour rassurer les craintes de ceux qu'effraie la crémation, et qui redouteraient d'être incinérés en état de mort apparente. La Société est ouverte à toutes les classes, ainsi que l'église qui a été disposée pour servir aux différents cultes. Le crématoire est le quatrième mis en usage dans le monde, les autres existent à Milan, Gotha et Washington. (*Boston medical and surgical Journ.*, 21 février 1884.)

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

BULLETIN

Nous avons reçu de M. le docteur Colombe (de Lisieux) une intéressante observation de luxation métacarpo-phalangienne du pouce. L'histoire de cette lésion est aujourd'hui bien connue, grâce à de nombreux travaux et surtout au mémoire de Farabeuf, qui est un chef-d'œuvre d'observation clinique et d'expérimentation (1). Mais il n'est jamais inutile d'insister à nouveau sur les faits de ce genre, car ils ne sont pas encore familiers à tous les praticiens, et la plupart sont des cas d'urgence dans lesquels une faute irréparable est bien vite et bien souvent commise. Dans la chirurgie de la main, il n'est pas de question plus intéressante; et c'est le propre des blessures de cette région délicate de toujours prêter à d'utiles commentaires.

« Une jeune fille de neuf ans et demi vient me consulter le 15 juin dernier, après avoir fait une chute sur le sol. Renversée par un homme ivre, elle a étendu les bras, et tout le poids du corps a porté sur la paume de la main largement ouverte. Il est facile de constater les signes d'une luxation du pouce en arrière. Ce doigt présente la forme dite en Z; la phalangette est fléchie sur la phalange, et celle-ci est redressée sur le métacarpien. En explorant la face palmaire, on rencontre la tête du métacarpien; en suivant la face dorsale du même os, on sent mal l'extrémité articulaire de la phalange, recouverte par le tendon extenseur. Les mouvements volontaires sont à peu près nuls, les mouvements communiqués douloureux; on peut exagérer l'extension sans difficulté. »

D'après ce tableau, il s'agissait évidemment, non d'une *luxation incomplète*, dans laquelle les os sésamoïdes, intimement unis à la phalange, viennent se coller sur le bout du métacarpien, mais de la luxation en Z, premier degré de la *luxation complète*, où les os sésamoïdes, qui suivent toujours la phalange dans ses déplacements, « montent en croupe » avec elle sur le métacarpien. La difficulté de la réduction est parfois extrême; il s'agit de déloger les osselets, qui sont le seul obstacle au retour de la phalange, et de les forcer à contourner d'arrière en avant la tête cartilagineuse en les jetant par-dessus bord. Il faut saisir la phalange et avec elle pousser les osselets « comme on chasse une pierre avec le pied »; il faut la maintenir redressée et la faire « glisser du haut en bas sur le dos du métacarpien, grattant l'os ». Mais gardez-vous des tractions directes. Si vous avez le malheur de rabattre le pouce, et si vous tirez dans l'axe, les osselets vont se renverser « comme une pierre pesante qu'on veut faire glisser en l'accrochant avec la main, et qu'on n'arrive qu'à retourner ». Tout à l'heure ils étaient montés sur le métacarpien à la suite de la phalange; maintenant ils sont passés de l'autre côté. Le pouce étant rabattu dans l'axe, il est moins déformé, moins luxé en apparence; mais en réalité cette seconde forme, *luxation complexe*, est plus rebelle et plus irréductible. Vous aurez beau tirer sur le pouce qui chevauche pour le remettre au bout du métacarpien, vous n'arriverez pas plus à rajuster les surfaces qu'on

(1) *De la luxation du pouce en arrière*, Soc. de chir., 12 janvier 1876; analyse in *Revue des sciences médicales*, 1876, t. VII, p. 681.

n'arrive à fermer une porte quand le verrou fait saillie ; le verrou, c'est le ligament gléno-sésamoïdien. Mais revenons au fait.

« L'impulsion simple (Hey, Gerdy) n'ayant pas suffi, *je mis le pouce dans l'extension forcée*, puis je cherchai à faire glisser la surface articulaire de la phalange sur le dos du métacarpien, espérant fléchir ensuite pour terminer la réduction. »

Par la phrase que nous avons soulignée, on voit que notre confrère a parfaitement saisi le mécanisme que nous venons d'indiquer, et la nécessité de ne pas tirer dans l'axe. Néanmoins, il ne réussit pas encore.

« C'est alors que j'employai la méthode de dégagement imaginée par le professeur Guyon. Je saisis le pouce et lui fis exécuter un mouvement de rotation tel que sa face palmaire fût tournée du côté de l'index. Je portai brusquement en arrière la phalange luxée, de manière à faire glisser sa surface articulaire sur la partie externe du métacarpien, puis je la fléchis vers la paume de la main pendant que j'appuyais en sens inverse sur la tête métacarpienne. La luxation était réduite. »

Le pouce fut immobilisé; aujourd'hui, la guérison est complète. Nous félicitons M. le docteur Colombe d'avoir fait une heureuse application du procédé recommandé par le professeur Guyon à la Société de chirurgie en 1864, bien qu'il nous paraisse difficile d'échouer, dans les luxations en Z, en faisant glisser sur le dos du métacarpien la phalange redressée, bien saisie avec une pince convenable; mais nous le félicitons plus encore d'avoir su éviter les tractions intempestives, qui font d'une lésion simplement sérieuse une véritable calamité. Car c'est en général après de semblables manœuvres que les chirurgiens, pour venir à bout d'une luxation irréductible, ont dû recourir aux débridements, aux sections sous-cutanées, aux résections osseuses.

Nous ne voulons pas entrer dans de plus longs détails sur le rôle des osselets ou celui des muscles, ni sur les procédés empiriques, bien ou mal venus, des auteurs. Il faut lire le travail de Farabeuf, qui ne laisse dans l'esprit aucun doute. Si nous avons saisi l'occasion de le signaler de nouveau, c'est que la luxation du pouce en arrière se range parmi ces questions qu'il faut savoir, qui s'imposent à tous les praticiens, mais qui ne s'improvisent pas et sur lesquelles il faut être muni d'une solide instruction pour éviter les fautes lourdes. — L.-G. R.

Recherches expérimentales sur la rage.

Note lue à la Société de biologie dans la séance du 19 juillet 1884.

Par M. Paul Gibier.

J'ai déjà eu l'honneur d'entretenir la Société de mes recherches sur la rage et, dans ma dernière communication, j'ai démontré que les oiseaux sont susceptibles de contracter la rage et qu'ils en guérissent spontanément. Je citais deux expériences où l'on voit un coq et un pigeon inoculés de la rage transmettre cette maladie à des mammifères qui en moururent tandis que les oiseaux guérirent. J'ajouterai que leur guérison s'est maintenue et qu'aujourd'hui ces animaux vivent en état de parfaite santé.

Je rappellerai que c'est en excisant un fragment du cerveau de ces oiseaux que j'ai constaté par l'inoculation et par l'examen microscopique le micrococcus spécifique signalé et décrit pour la première fois par moi dans une note à l'Académie des sciences le 11 juin 1883.

J'ai promis à la Société de rechercher :

1° Si les oiseaux peuvent contracter deux fois la rage ;

2° Si la rage peut se transmettre de l'oiseau à l'oiseau ;

3° Quelles modifications le virus rabique subit en passant successivement dans plusieurs organismes d'oiseaux.

J'ai tenu ma promesse et je suis en mesure de dire aujourd'hui :

1° Que les oiseaux ne contractent pas deux fois la rage ;

2° Que l'oiseau enragé peut transmettre sa maladie à un autre oiseau ;

3° Et que d'après un certain nombre d'expériences le virus rabique en passant dans plusieurs organismes d'oiseaux paraît augmenter l'intensité de ses effets pour ceux-ci tandis qu'il semble que pour les chiens il s'atténue. Ces différentes propositions seront développées dans un mémoire que j'aurai l'honneur de présenter prochainement à la Société.

J'ai continué ces recherches et mes nouvelles expériences confirment pleinement les premières. Cependant j'ai observé à la suite de l'inoculation de la rage aux oiseaux quelques cas fortgraves. Dans un cas un pigeon inoculé avec une quantité six fois plus grande que d'habitude eut des convulsions et est mort : son cerveau était littéralement saturé de microphytes.

J'ai également observé chez les poules des cas très graves et où la mort semblait imminente. Comme ces animaux ne mangeaient plus depuis environ 48 heures, j'eus l'idée de les gaver. Les résultats furent réellement merveilleux. Ce fut une véritable résurrection. Après quelques jours de gavage, la paralysie disparut et les animaux purent se remettre à manger seuls. Aujourd'hui ils sont hors de danger.

Avant de terminer cette communication, je demanderai encore quelques instants à la Société pour exposer un procedé d'inoculation que j'ai imaginé et qui peut remplacer avec avantage la trépanation si on veut inoculer directement le cerveau, surtout chez les petits animaux. Ce procédé consiste à perforer directement avec l'aiguille de Pravaz et, si la boîte cranienne est trop résistante, à faire un avant-trou avec un petit foret

J'ai trouvé également un autre procédé qui, d'après les résultats obtenus jusqu'à présent, semble aussi sûr et aussi rapide que l'inoculation cérébrale. Ce moyen consiste tout simplement à pratiquer l'inoculation dans la chambre antérieure de l'œil avec de la substance cérébrale d'un animal enragé délayée dans de l'eau stérilisée. Les symptômes inflammatoires sont nuls et la commotion cérébrale est évitée.

Dans le mémoire auquel j'ai fait allusion plus haut, on trouvera un certain nombre d'observations concluantes sur ce mode d'inoculation de la rage. (Travail du laboratoire de pathologie comparée du Muséum.)

BIBLIOTHÈQUE

ATLAS UNIVERSEL DE GÉOGRAPHIE MODERNE, ANCIENNE ET DU MOYEN AGE, avec un texte analytique, par M. VIVIEN DE SAINT-MARTIN, président honoraire de la Société de géographie de Paris. — Paris, librairie Hachette.

Tout récemment, je mettais sous les yeux des lecteurs de l'*Union médicale* un très beau et très utile volume de M. Vivien de Saint-Martin, qui a pour titre : NOUVEAU DICTIONNAIRE DE GÉOGRAPHIE UNIVERSELLE. Aujourd'hui, je signale à l'attention de mes confrères une seconde publication du même auteur non moins belle et non moins utile, et qui doit être considérée comme le complément de la première, en ce sens qu'elle l'éclaire et en facilite l'intelligence en donnant un corps et une position certaine à ses descriptions. Après les progrès que la géographie a faits de nos jours en France, il y avait une lacune à remplir : « C'est en effet une chose bien digne de remarque, dit l'auteur, que, dans la marche séculaire de la connaissance du globe, chaque phase nouvelle a été marquée par l'apparition d'un Atlas nouveau. Par la succession de ces Atlas, qui deviennent pour chaque époque un document fondamental, on peut compter les grandes étapes de la science. » La lacune est remplie maintenant pour notre époque, et l'œuvre nouvelle de M. Vivien de Saint-Martin, avec son dictionnaire, donne l'état actuel de la science géographique.

L'Atlas est précédé d'une préface qui est une rapide et intéressante esquisse de l'histoire de la géographie. Puis, l'auteur entre en plein dans son œuvre. La première livraison, qui est l'objet du présent compte rendu, renferme trois cartes ou planches, éclairées chacune par une notice instructive : 1° La carte du ciel. — 2° L'empire ottoman et les Etats tributaires. — 3° La région arctique.

La première planche, CARTE DU CIEL, COSMOGRAPHIE, remarquable par la finesse et la clarté du dessin, représente, dans une première vue, le ciel étoilé, ou les *constellations célestes des deux hémisphères boréal et austral.* Les astronomes ont cru devoir chercher à connaître le nombre des étoiles! le nombre recensé par Argelander, dans l'hémisphère boréal et dans la zone de 36° au delà de l'équateur, est de 3,256; et l'on évalue à un

nombre compris entre 5,000 ou 6,000 les étoiles des six premiers ordres de grandeur pour les deux hémisphères. L'utilité d'un pareil travail, qui ne peut jamais donner qu'un résultat approximatif, n'est pas très évidente; il s'est pourtant trouvé un savant qui s'y est consacré consciencieusement! Le docteur Heis (de Münster), *doué, il est vrai, d'une vue extraordinairc*, a recensé à l'œil nu 2,153 étoiles de plus que le directeur de l'Observatoire de Bonn. Et combien y en a-t-il que l'œil humain ne peut voir et ne verra jamais! — Dans une seconde vue de la première planche, nous trouvons la *zone céleste équatoriale,* embrassant toutes les constellations zodiacales. Dans ces deux cartes célestes, les grandeurs ou éclats des étoiles sont figurés par des cercles lumineux dont le diamètre va en décroissant de la première à la sixième grandeur. — La troisième vue nous donne le *système solaire*, comprenant les orbites des huit planètes principales, la zone des planètes télescopiques, et les orbites des huit comètes périodiques à retour constaté.

Trois tableaux placés dans la notice exposent les *éléments des orbites planétaires*, les *principaux éléments physiques du soleil, des planètes, de la lune*, et les *éléments des comètes périodiques*.

La seconde carte de la première livraison, EMPIRE OTTOMAN ET ÉTATS TRIBUTAIRES, a eu, grâce à l'intelligence et au libéralisme du gouvernement de ce pays, à lutter contre des difficultés qu'il n'a pas été toujours possible de surmonter. « La Turquie est aujourd'hui la seule contrée de l'Europe dont la carte ne s'appuie pas sur un ensemble de déterminations astronomiques et de relèvements géodésiques. Sous ce rapport, comme sous beaucoup d'autres, la Turquie est en dehors de l'Europe. » La construction de la carte repose donc en partie sur des relations d'itinéraires et sur d'autres informations souvent douteuses. Mais si l'intérieur du pays est resté complètement étranger au mouvement scientifique de l'Europe, les côtes ont été relevées par les marines européennes. En somme, un ensemble d'acquisitions dues principalement à la topographie militaire forme le cadre d'une carte de la Turquie d'Europe, et l'intérieur en a été rempli par des matériaux d'un autre ordre, assez nombreux, d'une valeur inégale, qui ont été soumis à une discussion sérieuse. « Quand les travaux de nos ingénieurs, dit l'auteur, nous auront enfin donné le tracé exact de la péninsule entière, ce ne sont pas des corrections partielles qu'il faudra introduire dans les cartes actuelles; c'est la carte dans son entier qu'il faudra refaire. »

La troisième carte est consacrée à la RÉGION ARCTIQUE. — Cette région représentée très ingénieusement, de manière à être facilement comprise, a été rectifiée et complétée d'après les renseignements fournis par les récents voyages d'exploration; elle offre un dessin aussi curieux qu'agréable à voir. « Les dates de toutes les découvertes notables, avec le nom de ceux à qui elles sont dues, ont été insérées dans la carte partout où on a pu le faire sans confusion. »

Au point de vue de l'exécution matérielle, l'œuvre nouvelle de M. Vivien de Saint-Martin est vraiment remarquable. Le papier et l'impression sont superbes. Les cartes sont d'une incontestable beauté. L'auteur se félicite d'avoir pu trouver des collaborateurs de premier ordre, dont le concours lui a été d'une haute utilité. Il cite particulièrement l'artiste éminent qui exécute ou dirige la gravure, M. Etienne Collin. En exaltant la beauté de son travail, il ne craint pas d'être démenti par quiconque aura vu quelques-unes des épreuves de l'Atlas; il en est qui sont de véritables chefs-d'œuvre. On peut affirmer que jamais la gravure topographique, à l'échelle d'un atlas usuel, ne s'était élevée à cette perfection artistique. M. Vivien de Saint-Martin se loue beaucoup aussi des moyens largement fournis par ses excellents éditeurs, pour la plus parfaite réalisation possible d'une œuvre dans laquelle il a mis quarante années d'études et, comme il le dit, d'une *préparation assidue*.

Dr RICHELOT père.

GUIDE PRATIQUE DE BOTANIQUE RURALE, par M. G. CAMUS. — Paris, J. Lechevalier, 1884.

Cet ouvrage mérite à juste titre de recevoir le nom de *vade mecum* des botanistes aux environs de Paris.

En effet, écrit à leur usage par un savant herborasiteur que dans les excursions officielles nous avons vu à l'œuvre sur le terrain, il donne les renseignements les plus complets et les plus exacts sur la flore des localités parisiennes les plus riches en espèces végétales, sur les itinéraires à suivre pour leur recherche, et sur les époques favorables à leur récolte. A ce point de vue, complément nécessaire de toutes les flores, ce livre comble une grande lacune. Il est désormais indispensable à tous les herborisateurs de le consulter.

De plus, dans une deuxième partie, M. Camus s'efforce, par des indications multipliées,

par des planches et par 600 figures dont il est l'auteur, de faciliter la diagnose des plantes phanérogames de difficile détermination. C'est donc encore, au point de vue pratique, un chapitre dont l'utilité n'est pas à démontrer.

En terminant, je signalerai cependant à l'auteur une lacune qui serait facile à combler, car cet ouvrage obtiendra certainement le succès de nombreuses éditions. Je veux parler de cartes topographiques exactement dressées, donnant la géographie et les indications des itinéraires pour chacune des stations botaniques décrites dans cet ouvrage, analogues d'ailleurs à celles que M. Camus donne pour l'herborisation de l'Isle-Adam; ces cartes seraient de la plus grande utilité sur le terrain.

Cet ouvrage, arrivant à son heure dans cette saison de l'année, sera le compagnon de tous les botanistes. Son auteur a donc fait œuvre utile et mérite tous les remerciements des herborisateurs par vocation, par nécessité ou par loisir.

Ch. Eloy.

REVUE DES JOURNAUX

Journaux anglais et américains.

Des effets des brûlures étendues sur l'économie animale, par Troianoff. — L'auteur a fait porter ses expériences sur des chiens adultes ou non, des rats, des lapins. Elles ont été entreprises dans le laboratoire du professeur V. Pashutins.

Dans la majorité des cas (58 p. 100) observés, la température rectale s'élève, après une brûlure grave et étendue du tégument externe, de 2 dixièmes de degré à 1°,5 centigrades, et reste élevée pendant un temps qui varie avec la gravité de la brûlure et son étendue, puis quelques heures avant la mort de l'animal, la température subit une chute lente ou rapide. Lorsque celle-ci atteint 33° c. la mort survient, mais si on chauffe l'animal artificiellement ou si on l'enveloppe dans d'épaisses couvertures de laine et d'étoupe, celui-ci meurt avec une température de 36°,5 c. ou même plus élevée encore.

Dans quelques cas exceptionnels (6 p. 100), chez des animaux de petite taille, tels que des petits chiens, des rats, et dans les cas où la brûlure est très profonde et pratiquée pendant 3 minutes au moins, ou même pendant 5 minutes, la température rectale monte immédiatement après l'infliction de la brûlure de 2°,5 à 4°,9 c.; puis elle redescend rapidement et la mort survient. Chez un certain nombre d'animaux en expérience (16 p. 100) la température rectale, immédiatement après la brûlure, est descendue au lieu de monter de 0°,2 à 2°,3 centigrades, mais subséquemment il y a eu ascension, et tout s'est passé comme dans les cas d'élévation primitive de la température. Les brûlures ayant été infligées sous l'anesthésie chloroformique, l'auteur croit que l'élévation transitoire de la température dépend de l'état de narcolisation profonde et prolongée dans lequel les animaux en expérience étaient d'abord plongés. Dans les autres, 20 p. 100 des cas, la température rectale, immédiatement après la brûlure, présentait une dépression atteignant de 0°,3 à 1°,8 c. chez les chiens adultes, et de 1°,8 à 6°,2 c. chez les animaux de petite taille, dépression qui s'accentuait progressivement jusqu'à la mort; quelquefois la ligne thermométrique présentait bien des oscillations, mais jamais celles-ci ne remontaient jusqu'au degré physiologique.

En règle générale, plus la brûlure était profonde et étendue et plus l'animal était de petite taille, plus la chute de la température était considérable et rapide. Les grandes oscillations du thermomètre et la chute brusque et notable de la chaleur organique étaient les avant-coureurs d'une mort prochaine.

L'échauffement artificiel des animaux en expérience, quel que soit le moyen essayé, a toujours été impuissant à retarder la mort, celle-ci survenant alors même que la température du corps était élevée. Les battements du cœur et du pouls après la brûlure augmentaient toujours de fréquence, mais sans présenter aucune autre altération du rhythme normal; cependant après un temps donné, variable avec l'étendue de la blessure et l'espèce animale en expérience, le pouls devenait faible, petit, filiforme, irrégulier et enfin imperceptible. Les artères mises à nu apparaissaient pâles et flasques. A la faiblesse des battements cardiaques s'ajoutait ultérieurement un ralentissement progressif.

Dans les cas de brûlure très grave à évolution rapide, la respiration, tantôt accélérée et profonde, atteignait un degré d'extrême dyspnée, tantôt lente, profonde et laborieuse, présentait le type de la respiration de Cheyne-Stokes. Lorsque l'évolution était moins

rapide, la respiration était superficielle et ralentie. La langueur, l'apathie, l'assoupissement sont des phénomènes précoces des brûlures étendues. Les animaux en expérience devenaient étrangers à tout ce qui les entourait ; indolents, incapables de répondre aux appels qu'on leur adressait, ils ne manifestaient aucune réaction contre la douleur et supportaient sans y paraître sensibles diverses petites opérations, telles que piqûres, incisions, etc. Bientôt survenait un état de sopor, de cyanose, de prostration qui se terminait par la mort accompagnée de mouvements convulsifs des membres. Ces convulsions des extrémités indiquaient en général l'approche de la mort.

L'une des lésions viscérales les plus communes et les plus caractéristiques était la néphrite glomérulaire caractérisée par une forte congestion du parenchyme rénal avec accumulation dans les capsules de Bowman de produits inflammatoires.

Une autre lésion fort commune consiste en hyperémies diffuses ou localisées de la muqueuse intestinale avec suffusions sanguines et processus inflammatoire dans l'appareil glandulaire.

L'auteur n'a jamais rencontré les ulcérations duodénales signalées par Dupuytren.

Les brûlures étendues entraînent une diminution très marquée des phénomènes d'oxydation moléculaire, comme le prouvent l'abaissement de la chaleur animale et l'hypoazoturie.

Moins de six heures après la brûlure, la quantité de chaleur engendrée par les combustions organiques descend à 50 p. 100 au-dessous du taux physiologique.

Le refroidissement du corps qui succède aux brûlures étendues résulte de cette diminution des combustions organiques et non, comme l'a avancé Falk, d'une évaporation et d'une perte de chaleur directe ayant pour siège la surface cutanée.

La chaleur rayonnante émise par un des animaux en expérience est de beaucoup inférieure à celle que le même animal émet en état de santé. L'hypoazoturie décroît progressivement jusqu'au moment où la mort survient.

Avdakoff, dans sa dissertation inaugurale de 1876, avance que dans les cas de brûlures étendues, le sang en raison du trouble des fonctions cutanées acquiert des propriétés toxiques, et que ce sang transfusé du corps de l'animal mourant dane les veines d'un animal sain détermine chez celui-ci un ensemble de symptômes analogues à ceux qui caractérisent les brûlures graves, et qui se terminent par la mort. L'expérimentation n'a pas ratifié ces assertions. Il en est de même pour l'hypothèse de Catiano (*Archives de Virchow*, vol. 37, 1882) attribuant la mort rapide après des brûlures étendues à l'empoisonnement de l'économie par l'acide prussique développé dans l'épaisseur des téguments. Même après des lésions cutanées étendues, la destruction des globules rouges est très limitée, la plupart conservent l'intégrité de leurs caractères morphologiques ainsi que leur couleur normale. Pour ceux qui sont atteints, les modifications morphologiques sont profondes et caractéristiques ; elles consistent en désintégration complète et mort du globule. La présence de ces globules rouges altérés dans le vaisseau n'est pas un caractère essentiel et constant des brûlures graves.

Le sang des animaux brûlés ne perd pas ses propriétés respiratoires.

L'assertion de Lessert, à savoir que dans les cas de brûlures graves les globules rouges, outre la désintégration, subissent encore des altérations essentielles, invisibles, et qu'en perdant leur hémoglobine ils perdent en même temps toute activité fonctionnelle, cette assertion, dit l'auteur, ne repose sur aucune base solide. Les globules rouges qui conservent leurs propriétés morphologiques normales contiennent autant d'hémoglobine qu'avant la brûlure.

La transfusion immédiate du sang d'un animal venant de recevoir des brûlures intenses, dans les veines d'un animal très affaibli, ne donne lieu à aucun phénomène pathologique attribuable à une diminution de l'activité fonctionnelle des globules rouges, et en général ne s'accompagne d'aucun trouble grave.

Des altérations morphologiques des globules rouges apparaissent lorsque le sang est porté à la température de 52 degrés centigrades.

La transfusion d'un sang défibriné chauffé à 52 ou 55 degrés centigr. dans les veines d'un animal anémié ou non, ne suscite des symptômes mortels que lorsque la quantité de sang transfusé dépasse 50 p. 100 de la masse totale du sang de l'animal transfusé.

La transfusion d'un sang défibriné, mais non filtré, et chauffé jusqu'à 57° et 62° c., tue avant que la proportion ci-dessus soit atteinte.

Du sang porté à la haute température de 62°, mais soigneusement filtré, étant transfusé dans les veines d'un animal anémié, dans une proportion de 32 p. 100 de la quantité totale du sang de l'animal en expérience, ne détermine d'autre symptôme grave qu'une hémoglobinurie passagère.

La transfusion de sang surchauffé en quantité supérieure à 50 p. 100 de la masse san-

guine totale du sang de l'animal récepteur, amène invariablement la mort. Celle-ci est attribuable à l'obstruction des capillaires et des tubes urinifères par les produits de la désintégration des globules rouges. La transfusion immédiate du sang pris sur un animal brûlé, pratiquée pendant les symptômes du premier stade, ne produit aucun désordre grave, même lorsque l'on transfuse plus des 58 centièmes de la quantité totale du sang de l'animal récepteur préalablement anémié. Le sang d'un animal ayant subi de profondes brûlures, et le sang artificiellement surchauffé ne peuvent être considérés comme identiques soit sous le rapport de leurs particularités morphologiques soit de leur action sur un organisme sain, le second jouissant de propriétés beaucoup plus toxiques que le premier. L'opinion de Lesser, à savoir que l'ébranlement nerveux chez les brûlés résulterait de l'action du sang altéré sur les centres vaso-moteurs, n'a pas pour elle l'appui des données expérimentales. Les altérations observées dans les reins après la transfusion de sang surchauffé, n'ont rien de commun avec les altérations rénales survenant chez les animaux brûlés. Les phénomènes inflammatoires siégeant dans les reins après la transfusion et dans les cas rapidement suivis de mort, sont très peu marqués ; la lésion consiste surtout dans l'obstruction des tubuli du rein par les produits qui les traversent, provenant de la désintégration des globules rouges. Après des brûlures étendues du tégument externe, l'épaississement du sang est peu prononcé, il est le plus marqué pendant les premières heures qui suivent la brûlure, mais la perte d'eau ne dépasse pas en général 2 p. 100 de la masse sanguine, et l'on ne peut raisonnablement attribuer la rapidité de la mort à cette seule soustraction.

La transfusion d'une solution de chlorure de sodium dans les veines de l'animal brûlé, et par suite la restitution de l'eau enlevée au sang, sont impuissantes à prévenir la terminaison fatale. Il en est de même pour la transfusion de sang normal défibriné. Celle-ci n'apporte aucune amélioration notable et ne retarde en rien la mort de l'animal. L'auteur n'a jamais observé la chute rapide de la pression sanguine signalée par Sonnenburg et Lesser. La pression du sang reste toujours élevée, même lorsque surviennent le refroidissement, l'apathie, la faiblesse musculaire, etc. Cette prétendue diminution de pression ne saurait donc être la cause des divers phénomènes observables chez les brûlés. La pression sanguine s'élève beaucoup au moment même où on pratique la brûlure, mais, dans les derniers moments de l'opération, si celle-ci exige un certain temps, la pression peut subir une chute rapide par suite de certaines influences mécaniques mises en jeu par l'acte d'étendre l'animal sur la table à expérience, de le lier, etc. (*On the effects of extensive burns on the animal system.* — *The London med. Rec.*, 15 janvier 1884.) — L. Dn.

Traitement des pellicules du cuir chevelu, par Jackson. (*The medical Record*, 19 avril 1884.) — Le docteur Jackson, dans un travail sur les pellicules du cuir chevelu, conseille le traitement suivant : commencer par faire des lavages à l'eau savonneuse, ou bien à l'eau de chaux dans laquelle on aura battu un jaune d'œuf. Si la tête est trop couverte d'écailles, pendant un temps variable la recouvrir d'huile d'olive pendant la nuit et faire un champooing savonneux le matin, jusqu'à ce que la tête soit bien débarrassée des écailles épidermiques qui encombrent et étouffent le cheveu. Avoir bien soin, après chaque lavage, de soigneusement sécher le cuir chevelu. Si celui-ci se montrait ensuite rouge et hyperhémié, faire des onctions avec la vaseline blanche jusqu'à ce que l'hyperhémie ait disparu. On appliquera alors, tous les matins, une pommade à la fleur de soufre (4 grammes pour 30 de vaseline). Si les écailles se reproduisaient rapidement, on mettrait l'huile pendant la nuit et la pommade soufrée pendant le jour, en ayant soin de faire des lavages au moins tous les deux ou trois jours. Aussitôt que les écailles épidermiques deviennent moins abondantes, on suspend les onctions huileuses, mais on continue l'application de la pommade soufrée pendant le temps nécessaire à la guérison en diminuant graduellement le nombre de ces applications jusqu'à une seule par semaine. Tous les huit jours environ, la tête sera lavée avec le savon vert, l'eau boratée, ou l'eau de chaux additionnée de 15 grammes d'alcool par litre et d'un jaune d'œuf.

Bronson, de la polyclinique de New-York, recommande hautement l'emploi du cosmétique suivant qui, dans bons nombres de cas, a donné à l'auteur d'excellents résultats :

Chlorure ammoniaco-mercuriel......	1 gr. 20 centigr.
Calomel............................	0 gr. 60 —
Pétrole............................	30 grammes.

On doit en combiner l'usage avec les lavages méthodiques du cuir chevelu, et surtout avec le traitement de l'état général du sujet, état général si souvent défectueux chez les porteurs de pellicules.

Le traitement méthodiquement suivi peut venir à bout de n'importe quel cas de pellicules, d'après le docteur Jackson, mais on peut et on doit toujours s'attendre aux récidives, et, en aucun cas, on ne saurait s'engager à obtenir une guérison rapide. — L. Dn.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE LYON PENDANT LE PREMIER TRIMESTRE DE 1884.

C'était un écho des discussions soulevées l'année dernière par la communication de M. Felizet à l'Académie, qui retentissait le 4 janvier dernier dans la salle des séances de la Société de médecine de Lyon. M. TEISSIER faisait une communication sur le *Traitement du diabète sucré par le bromure de potassium.* Convaincu de l'origine souvent nerveuse, émotionnelle, morale et fonctionnelle du diabète, cet observateur n'hésitait pas à considérer le traitement bromuré comme d'une réelle utilité. A l'appui de cette opinion il donnait l'histoire abrégée de quatre malades chez lesquels il fut efficace, et qui tous étaient des névropathes à divers degrés.

Le procédé d'administration recommandé par M. Tessier consiste à donner des doses quotidiennes faibles de 2 à 3 grammes. Malgré la durée du traitement, il évite ainsi les phénomènes de dépression et la provocation d'éruptions furonculeuses diabétiques bien distinctes d'ailleurs de l'acné bromique.

Cette lecture est suivie d'une discussion dans laquelle MM. Girin, Boucaud, Aubert, Clément citent des faits de glycosurie améliorée par le bromure. Parfois néanmoins comme chez une malade de ce dernier, l'amélioration d'abord considérable ne se manifestait pas. De là, pour conclusion : de ces débats l'utilité du bromure contre la glycosurie des névrosiques, des névropathes et des arthritiques, et son inefficacité contre les diabètes cachectiques.

Le 21 janvier, M. OLLIER exposait des résultats opératoires. Le premier était celui d'une *résection de l'astragale* : opération à laquelle il était naguère opposé mais qu'il pratique maintenant plus volontiers avec de bons résultats. Pour enlever l'os, tout en conservant l'appareil ligamenteux, M. Ollier pratique trois incisions vers les malléoles et en arrière et obtient la réparation par le rapprochement du calcanéum et la formation d'une masse ostéo-fibreuse comblant le vide ainsi produit. L'autre était une *résection du coude chez un phthisique.* M. Ollier veut réagir, en publiant de tels faits, contre les tendances des chirurgiens qui redoutent de pratiquer des opérations sur les tuberculeux. Cet habile chirurgien déclare qu'il ne faut pas opérer tous les tuberculeux ; mais en opérer, quoique tuberculeux, si la lésion pulmonaire ne marche pas, si elle reste stationnaire, si la diathèse s'arrête et s'il n'existe pas de fièvre. Cette importante discussion a été pour M. CLÉMENT une occasion de donner un exposé intéressant de recherches contemporaines sur le *bacillus tuberculosus au point de vue histologique et clinique* (1).

La question à l'ordre du jour du 11 février était : *De l'isolement des maladies contagieuses*, soulevée par M. VINCENT, discutée par MM. Ferrand, Perroud, Diday, Boudet, Rombaud ; les uns contagionnistes, les autres anticontagionnistes, et tous cependant en accord pour réclamer de l'administration lyonnaise l'éloignement des enfants en dépôt à l'hôpital de la Charité et la création de pavillons d'isolement ou tout au moins de salles d'isolement dans les hôpitaux.

M. ROBIN a présenté dans la séance du 18 février, un malade atteint d'un *genu valgum opéré et guéri par sa méthode d'ostéoclasie sus-condylienne.*

Le procédé de M. AUBERT pour pratiquer les *irrigations limitées à l'urèthre antérieur*, consiste, d'après la description donnée par l'ingénieux inventeur, à introduire dans l'urèthre un tube étroit de caoutchouc souple de 12 centimètres environ de longueur et d'un calibre inférieur à celui du canal. Une canule adaptée à ce tube le fait communiquer par un tube de caoutchouc avec un seau rempli d'eau et élevé de 1 à 2 mètres. Le liquide ainsi conduit balaye l'urèthre antérieur. En combinant ce lavage avec la miction fractionnée de Thompson dans plusieurs verres, on peut isoler les sécrétions de l'urèthre postérieur et de plus, en employant des topiques divers, en faire un moyen efficace de thérapeutique.

(1) *Lyon médical* (2 et 9 mars 1884)

M. Diday a dans la même séance (25 février) proposé un *traitement local antiparasitaire de la blennorrhagie uréthrale* au moyen d'une solution de sublimé au dix-millième injectée à l'aide d'un irrigateur dont l'embout est coiffé d'une canule de gomme élastique longue et effilée. L'utilité de cette médication attend encore la confirmation des cliniciens.

Le 17 mars, M. Gangolphe exposait un nouveau procédé de *recherche du bacille tuberculeux dans les fongosités osseuses et articulaires*, procédé dérivant d'ailleurs de la méthode d'Erlich et consistant à triturer les tissus dans un mortier avant de les colorer. Le même jour, MM. Diday, Doyon et Rollet discutaient encore une fois sur la syphilisation, question sur laquelle leurs opinions sont bien connues, tandis que dans la séance suivante l'examinant sous un autre de ses aspects, M. Horand, en son nom et en celui de M. Cornevin, exposait leurs très remarquables expériences d'*inoculation de la syphilis au porc*, dont les résultats infirment complètement les conclusions des observations de M. Martineau sur le porcelet.

En terminant, je signalerai la présentation d'un individu atteint de *maladie de Friedreich*, sur lequel M. Teissier attirait l'attention de ses collègues et qui possédait à coup sûr, à ce moment, un véritable intérêt d'actualité. — C. E.

L'épidémie cholérique de 1884

Voici quel a été le mouvement des cholériques à l'hôpital du Pharo, à *Marseille*, depuis l'invasion de l'épidémie. Entrées : 352 hommes, 184 femmes, 22 garçons et 13 filles; sorties après guérison : 140 hommes, 72 femmes, 13 garçons et 6 filles. Actuellement, 30 malades sont encore en traitement. Les décès se sont élevés à 310, à savoir : 198 hommes, 103 femmes, 9 enfants, de sorte que le rapport de la mortalité à la morbidité serait approximativement de 3 à 5. Enfin, jusqu'à ce jour, la maladie a fait 1571 victimes dans l'agglomération marseillaise.

L'amélioration que nous signalons s'est accentuée depuis deux jours. En ville, du 23 au 24, on comptait 14 décès, et du 24 au 25, 5 décès seulement. En même temps, dans le département, à Saint-Remy, Egrargues, Châteaurenaud et Arles, on ne signalait qu'un seul décès. Par contre, l'état sanitaire de l'hospice des aliénés d'Aix est mauvais ; les décès s'élèvent à sept et les cas nouveaux à 19.

Dans le département du *Var* : l'aggravation signalée à *Toulon* a persisté du 24 au 25 (8 décès), mais s'est atténuée du 25 au 26, où on a enregistré 6 décès, dont 1 à la Seyne et un autre à Hyères. Même amélioration est signalée dans le *Vaucluse*, à Avignon, Mondevergues, Cavaillon, Caumont, Cadogne, et dans la *Drôme* : à Erone, Montroc, Arpavon et Saint-Maurice.

Dans le *Gard*, c'est toujours le village de Vallabrègues qui est le plus éprouvé : le 24, on y comptait 5 décès, tandis qu'à Nîmes le 25, Robiac, Saint-Gilles et Saint-Hilaire le 24, il n'y en avait qu'un seul.

L'épidémie augmente dans le département des *Pyrénées-Orientales*. A Perpignan, il y a eu 24 décès du 24 au 26 ; de nouvelles communes y sont contaminées : Elne, Saint-Paul de Fenouillet, Arles-sur-Dech, Saint-Laurent, de Cardans, Saint-Marsal, Prunet, Piot, Vernet-les-Bains, etc., etc.

Dans l'*Aude*, elle est stationnaire : le 25 août, il y a eu 6 décès, dont 4 à Carcassonne, les deux autres à Narbonne et Lézignan. Dans l'*Hérault*, il en est de même ; les villes de Béziers et Cette (3 décès) et celle d'Agde (6 décès) sont surtout atteintes.

Enfin, une aggravation est signalée à Sisteron, où, en trente heures, le 25, il y a eu 14 cas et 7 décès. Le jour précédent, ceux-ci étaient de 3. En même temps on annonce la contamination de Thulle dans l'arrondissement de Barcelonnette et 1 décès à Volx, auprès de Manosque.

La statistique officielle du choléra en Italie a enregistré le 23 août, 223 cas et 117 décès ; le 24 août, 87 cas nouveaux et 44 décès, et le 25 août, 45 cas et 25 décès. A la Spezzia, l'épidémie a débuté le 22, après un violent orage, et cette subite agression a été suivie de 70 cas et 48 décès en quelques heures. Du 22 au 24, il y a eu dans cette localité 84 décès. Des régiments entiers ont été employés, dit-on, à former un cordon d'isolement autour de cette localité, car, malgré leur inutilité et la contamination de presque toutes les provinces de l'Italie continentale, le gouvernement de Rome n'en persiste pas moins avec ténacité, à maintenir les quarantaines terrestres avec une sévérité dont on cherche l'excuse dans l'affolement des populations. — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 août 1884. — Présidence de M. Larrey.

La correspondance officielle et non officielle ne comprend que des communications relatives au choléra et des annonces de spécifiques contre le choléra.

M. Brouardel, au nom de la section d'hygiène, lit un rapport sur les propositions formulées devant l'Académie, dans la dernière séance, par M. Marey, relativement à une enquête à faire sur les anciennes épidémies de choléra et à diverses mesures d'hygiène à prendre, soit pour prévenir, soit pour arrêter ou atténuer les épidémies à l'avenir.

Le but du travail de M. Marey a été de résumer les points sur lesquels l'accord est fait parmi les médecins sur la question du choléra et de pousser à l'adoption des mesures hygiéniques qui ne peuvent soulever de contradiction.

La section d'hygiène, après avoir examiné les propositions de M. Marey, et choisi M. Brouardel pour rapporteur, a chargé ce dernier de présenter et de soutenir devant l'Académie les conclusions suivantes :

1° Il est désirable *qu'une enquête administrative*, vu l'urgence, soit instituée tout de suite, de manière à faire connaître les causes démontrées ou présumées de l'apparition des épidémies cholériques antérieures dans les villes et villages de France, leur marche et les conditions qui en ont favorisé le développement, notamment les causes d'insalubrité spéciales à ces villes et villages, la pureté des eaux d'alimentation, les méthodes de vidange, etc.

Elle demande que, pour l'épidémie actuelle, tous les documents relatifs à ces diverses questions soient soigneusement enregistrés, dressés de façon à être comparables entre eux.

Elle estime que l'étude du passé sanitaire de chaque commune peut seule permettre à l'Administration de prendre les mesures nécessaires pour empêcher que les mêmes causes ne produisent les mêmes désastres lors du retour de chaque épidémie nouvelle.

2° Les eaux qui servent à la consommation doivent être exemptes de toute souillure. Il y a lieu de faire examiner par des commissions d'hygiène les eaux qui actuellement sont utilisées en boissons, et de soumettre à leur approbation les projets de dérivation et de distribution des eaux qui doivent servir dans l'avenir à l'alimentation des villes et des villages.

3° Quels que soient les moyens employés pour désinfecter et transporter les matières fécales, celles-ci ne devront jamais polluer les cours d'eaux, ni être répandues à l'air libre sur le sol, ni jetées sur les fumiers.

4° L'administration chargée de l'hygiène publique est invitée à centraliser tous les documents capables de l'éclairer sur l'état de chaque localité au point de vue de l'hygiène.

Ces documents lui sont fournis par la statistique, par les médecins des épidémies, par les Conseils d'hygiène d'arrondissement, par les bureaux d'hygiène, dans les grandes villes.

Elle seule peut contraindre les municipalités chargées par la loi de veiller à l'exécution des mesures d'hygiène dans leurs communes; elle seule peut provoquer l'affectation à des services de ressources suffisantes.

5° L'administration est priée d'étudier dans quelles conditions pourrait être établi un bureau international d'hygiène, permettant de grouper tous les documents relatifs aux épidémies, de signaler eur apparition dans les divers pays.

6° Un enseignement spécial de l'épidémiologie sera organisé dans les diverses Facultés.

7° L'Académie charge la commission du choléra, dont fera partie M. Marey, de rechercher dans les documents relatifs aux épidémies antérieures, dans ceux qui lui ont été adressés à l'occasion de l'épidémie actuelle et qui lui seront ultérieurement envoyés, tous ceux qui peuvent servir à élucider la durée de l'incubation de la maladie, le mode de contamination, la rapidité de l'invasion, la marche de l'épidémie, les causes qui ont pu favoriser son développement, celles qui paraissent avoir assuré l'immunité dans les diverses localités.

A la suite du rapport de M. Brouardel, sur la proposition de M. le Président, et après quelques courtes observations présentées par MM. Bouley, Jules Guérin, Marey et

Brouardel, l'Académie décide de nommer, séance tenante, la commission d'enquête dont il est question dans les conclusions. Cette commission, de neuf membres, élue au scrutin, se compose de MM. Brouardel, J. Rochard, Proust, Marey, Pasteur, Noël Gueneau de Mussy, Fauvel, Besnier et Legouest.

— M. Jules Guérin commence la lecture d'un discours sur le choléra qu'il terminera dans la prochaine séance. Nous en donnerons le résumé et les conclusions dans notre prochain compte rendu.

— M. Bouchardat commence la lecture d'un discours que l'heure avancée ne lui permet pas d'achever. Il la terminera mardi prochain. Nous en donnerons le résumé et les conclusions dans notre prochain compte rendu.

M. J. Guérin croit devoir répondre à une allégation inexacte présentée par M. Bouchardat relativement à l'*athrepsie* des petits enfants. Jamais M. J. Guérin n'a prétendu que l'athrepsie, expression qu'il trouve d'ailleurs très mauvaise, doive être assimilée à la diarrhée prémonitoire du choléra. Il croit être le premier qui en ait déterminé la véritable cause : l'alimentation prématurée. Mais il s'est établi une confusion regrettable en vertu de laquelle les cas de diarrhée prémonitoire, chez les petits enfants, résultant d'une constitution épidémique, ont été amalgamés avec les cas d'athrepsie véritable. Or cette confusion n'est nullement du fait de M. Jules Guérin qui, une fois de plus, croit devoir protester contre elle.

— M. Le Roy de Méricourt demande à présenter à M. J. Guérin une observation au sujet de la diarrhée prémonitoire. Il rappelle que dans les pays où sévit épidémiquement la fièvre jaune, se manifestent souvent des cas de fièvre rémittente bilieuse qu'il est souvent difficile de distinguer de la fièvre jaune ; il demande à M. J. Guérin s'il considère ces cas de fièvre rémittente bilieuse comme une fièvre prémonitoire de la fièvre jaune, et s'il faut établir entre ces maladies le même lien que M. J. Guérin a cru devoir établir entre les diarrhées saisonnières et le choléra.

M. Jules Guérin répond que, n'ayant pas eu l'occasion d'observer la fièvre jaune dans ses foyers d'origine, il ne peut se prononcer sur la question qui lui est posée par M. Le Roy de Méricourt ; mais, à l'occasion de l'épidémie de fièvre jaune qui se déclara dans le temps à Saint-Nazaire et au sujet de laquelle M. Mêlier fit devant l'Académie un rapport suivi de discussion, M. J. Guérin montra que les individus qui avaient été atteints par lamaladie, avaient présenté des symptômes ayant précédé l'invasion de la maladie et méritant à juste titre, le nom de *prémonitoires.*

M. Le Roy de Méricourt dit qu'il est plus logique de rapporter la diversité des cas à lintensité variable de l'action de la cause épidémique sur les individus qu'elle atteint. Il en est des épidémies comme des batailles dans lesquelles les uns sont frappés à mort, les autres blessés plus ou moins grièvement, d'autres enfin simplement contusionnés ou éclaboussés.

— La séance est levée à cinq heures.

FORMULAIRE

Traitement de la gastralgie. — Leven.

Pendant la crise de gastralgie, révulsifs de tout genre sur la région stomacale, tels que sinapismes, linges chauds, frictions alcooliques. On pourra prescrire un bain chaud prolongé, et on n'aura recours aux lavements laudanisés, aux injections sous-cutanées de morphine, que si la crise se prolonge trops longtemps. Aussitôt que l'estomac sera devenu plus tolérant, on donnera des tisanes tièdes et une potion opiacée. Quelques heures après la cessation de la crise, on essaiera, comme aliments, du lait, du potage et des œufs, et ce n'est que 24 heures plus tard, qu'on permettra un aliment solide.

Ce qu'il importe avant tout de rechercher en pareil cas, c'est la cause de la gastralgie, afin de pouvoir la combattre directement et d'éloigner les rechutes. — N. G.

COURRIER

Nécrologie. — Le choléra vient de faire une nouvelle victime dans le corps médical : M. le docteur Eugène Fanton a succombé à Arles, le 19 août ; ses obsèques ont eu lieu le lendemain au milieu d'une nombreuse assistance.

Concours. — Le concours public pour la nomination à trois places de médecin au bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert le mercredi 15 octobre 1884, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au sécrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 15 septembre 1884, et sera clos définitivement le mercredi 1er octobre 1884, à trois heures.

— Par décret en date du 8 août, l'épreuve écrite du cinquième examen de doctorat est supprimée.

— Le ministre de l'instruction publique arrête :

Article premier. — La thèse à soutenir pour les candidats au grade de docteur en médecine consiste en une dissertation imprimée sur un sujet de médecine ou de chirurgie choisi par le candidat.

Le candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

Art. 2. — Le présent arrêté recevra son exécution à partir du 1er novembre 1884.

Art. 3. — Sont abrogées les dispositions antérieures contraires au présent règlement.

Fait à Paris, le 5 août 1884.

Hospices civils de Marseille. — Le lundi 10 novembre 1884, à 3 heures, un concours sera ouvert à l'Hôtel-Dieu pour une place de médecin-adjoint des hôpitaux.

Ce concours aura lieu devant la commission administrative assistée d'un jury médical.

Au jour fixé pour l'ouverture du concours, les candidats devront avoir deux années de pratique comme docteur de l'une des facultés de France, être âgés de 27 ans au moins, de nationalité française ou en mesure de justifier de leur naturalisation.

Les deux années de pratique comme docteur ne sont pas exigées des anciens élèves internes dans les hôpitaux des villes où siège une faculté, ni des élèves internes des hôpitaux de Marseille ; ils pourront, en conséquence, concourir dès qu'ils seront munis de leur diplôme de docteur.

Personnel médical des bureaux de bienfaisance. — En exécution de l'arrêté préfectoral en date du 15 février 1879, le directeur de l'Assistance publique informe MM. les médecins du IIe arrondissement que, le mardi 16 septembre 1884, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin.

Nominations. — Par décret en date du 16 août, M. le médecin-professeur Nielly a été promu au grade de médecin en chef de la marine.

— Par décret en date du 4 août, M. Delage, docteur ès sciences, est nommé professeur de géologie et physiologie animale à la Faculté des sciences de Caen.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

Accidents cérébraux et accès pernicieux sporadiques

(Accès pernicieux masqués).

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans sa séance du 6 juillet 1884,

Par le docteur J. Besnier.

Nous avons eu l'occasion d'observer, à un an d'intervalle, deux sujets atteints de maladies chroniques ou d'états morbides bien définis, et les prédisposant à des accidents cérébraux plus ou moins graves ; et qui ont été pris tous les deux brusquement d'une fièvre vive, précédée de frisson et accompagnée chez l'un d'un délire violent, et chez l'autre d'un coma profond; symptômes que nous avons rattachés, dans les deux cas, à des accès pernicieux paludéens, et qui, comme tels, ont cédé au sulfate de quinine.

Il nous a paru intéressant de vous communiquer ces faits, qui, si nous ne nous faisons illusion, ont une certaine importance au point de vue de l'étude des accès pernicieux, et notamment au point de vue de leur étiologie et de leur pathogénie, encore si mal connues aujourd'hui. Ils servent de base à ce travail. Nous citerons d'abord nos observations; nous aurons ensuite à les discuter et à signaler les particularités intéressantes qu'elles présentent.

Obs. I. — *Accès pernicieux à forme délirante, chez un sujet atteint d'athérome artériel avec troubles encéphaliques.*

Le 1er mars 1883, à quatre heures du matin, on vient me chercher pour M. X..., demeurant dans l'île Saint-Louis, et que je connaissais depuis longtemps. Agé de 59 ans, d'un tempérament robuste et sanguin, ancien militaire, M. X... n'était à Paris que depuis six semaines, il venait de passer deux ans et demi en Italie, à Naples. En me rendant près de lui, j'appris de son fils, qui m'accompagnait, que, depuis son retour

FEUILLETON

CAUSERIES

L'hospitalité danoise.

Nos compatriotes, peu voyageurs de leur nature, sont en général assez mal renseignés sur les moyens d'existence des autres peuples, et se font le plus souvent une idée fausse des commodités et incommodités qu'ils peuvent trouver lorsqu'ils se décident à franchir leurs frontières. C'est là même, je pense, la raison principale qui les empêche de voyager et qui les rend si casaniers. « A quoi bon aller voir ce qui se passe chez les autres, quand nous sommes si bien chez nous? » Et on s'habitue ainsi à croire qu'une fois sorti de France pour aller dans les pays du Nord, par exemple, on mange du pain noir, de la viande trop cuite et des légumes pas assez, de la salade sans assaisonnement, et qu'on n'y boit que de la mauvaise bière, de l'eau pas propre et de l'eau-de-vie de pommes de terre. Quant aux lits, les sommiers sont des galettes de paille, sans draps, et on dort entre deux matelas de plume.

Aussi, bon nombre de nos confrères, et gens de très bonne foi, trompés par ces renseignements qui viennent on ne sait d'où, mais qui ne se transmettent pas moins d'âge en âge, avaient-ils frémi à la nouvelle que le prochain Congrès médical international allait se tenir à Copenhague. « Personne n'ira! » Ce fut le premier cri des alarmistes. Cependant on y est allé, en moins grand nombre il est vrai que si le choléra n'eût pas

en France, il se plaignait fréquemment de maux de tête, qu'il était triste, morose, facilement irritable; qu'il avait parfois la mémoire infidèle, la conversation décousue, les idées sans suites; et que même il en était ainsi depuis plusieurs mois, comme le témoignaient des lettres venues d'Italie. Cet état, du reste, ne l'empêchait pas de s'occuper de ses affaires, qui le préoccupaient beaucoup, mais faisait craindre l'apparition d'un moment à l'autre de quelque affection cérébrale grave. Ces craintes étaient d'autant plus fondées, ajoutait-on, que, chez ses ascendants, il y avait eu plusieurs cas d'apoplexie, et que lui-même avait été atteint, en 1873, d'une paralysie du bras droit avec embarras de la parole, paralysie passagère et qui n'avait pas laissé de traces.

Quant aux accidents actuels, sur lesquels j'insistais, ils dataient déjà de plusieurs jours, et notamment du dimanche, 25 février. La veille même, le 24, je l'appris plus tard, M. X... s'était déjà plaint de frisson et de fièvre dans la soirée, et s'était couché de très bonne heure; le 25, la journée avait été satisfaisante, mais dans l'après-midi son état était devenu brusquement très grave. Sans cause appréciable, il avait été pris, vers les quatre heures, d'un frisson violent suivi de fièvre, qui l'avait obligé à prendre le lit de suite; et, la fièvre continuant, il avait eu de l'agitation, de la loquacité et un délire très marqué, qui s'était montré surtout vers les huit heures et s'était prolongé une partie de la nuit. Le docteur Veillard avait alors été appelé, et avait fait poser une sangsue derrière chaque oreille et ordonné une potion au bromure de potassium. Le lendemain, 26 février, tous les accidents avaient disparu, et le malade avait pu se lever et s'occuper de ses affaires; un jeune médecin de sa famille, aide-major attaché à un régiment de Vincennes, qui le voyait souvent, prévenu de ce qui s'était passé, l'avait trouvé à peu de chose près, dans son état habituel; aussi le docteur Veillard n'avait-il pas été rappelé. Le 27, après une nuit bonne, et une journée sans incident particulier, M. X... était repris le soir, vers les six heures, de fièvre et d'un délire passager, pour lequel on lui appliqua des sinapismes, ce qui le mit dans un état de vive irritation, auquel succéda un sommeil profond et prolongé jusqu'au lendemain matin. Enfin, le 28 février, la veille du jour où j'étais appelé près de lui, la journée avait encore été relativement satisfaisante; mais, le soir, le frisson et la fièvre, l'agitation et le délire reparaissaient plus violents que jamais; le malade parlait sans cesse, il voulait se lever à chaque instant, et il avait fallu le maintenir de force dans son lit. Le docteur Veillard, appelé de nouveau vers les onze heures du soir, n'avait pas caché les craintes que lui inspirait cet état, et, les accidents allant en s'aggravant, on était venu me chercher.

On me parla encore d'une éruption cutanée que le malade avait à son arrivée à Paris, et qui n'avait disparu que par un traitement particulier, ce qui me faisait penser à la possibilité d'accidents cérébraux syphilitiques; d'un hoquet très violent et très fréquent qui avait fatigué le malade tous ces jours derniers; et, de plus, d'une toux répétée, suivie d'une expectoration difficile, et accompagnée d'une gène très grande de la respiration,

---

retenu chez eux beaucoup de médecins français qui s'étaient fait inscrire; mais enfin on y est allé, et nos compatriotes étaient encore assez nombreux, surtout parmi les plus distingués, pour faire bonne figure au Congrès de Copenhague. Et personne n'y est mort de faim, ni de froid, ni sous la dent cruelle des ours blancs. Copenhague est une ville très civilisée, à laquelle je ne puis reprocher que ses pavés trop inégaux et trop pointus, ce qui est très désagréable pour ceux qui aiment à marcher, et ses boutiques en sous-sol, dont les habitants attrapent souvent, été comme hiver, des rhumatismes ou des fluxions de poitrine. Pour le reste, Copenhague n'a rien à envier aux villes des autres pays qui sont comme elle situées au bord de la mer, et qui ont une population de deux à trois cent mille habitants. Sa situation est superbe, son état sanitaire excellent, car le choléra n'y est venu qu'une fois, en 1853, ses environs composés de villas entourées d'arbres magnifiques, et ses habitants beaucoup plus polis que ceux d'aucune ville de France. Donc, au premier abord, tous les fantômes de crainte qu'auraient pu avoir nos compatriotes sur la civilisation de Copenhague se sont bien vite envolés.

J'ai déjà parlé de la manière heureuse dont la question des logements, pendant le Congrès, avait été résolue. Les grands hôtels, les hôtels de premier ordre, comme on dit, sont assez nombreux à Copenhague; l'hôtel Dagmas et l'hôtel d'Angleterre, entre autres, ne le cèdent en rien, pour le luxe et le confortable, à l'Hôtel Continental et au Grand-Hôtel de Paris. En outre, la population riche de la ville, qui habite pendant l'été les nombreuses villas situées dans les environs, nobles, banquiers, commerçants, avait mis ses appartements de la ville à la disposition du comité des logements, qui, après avoir réparti les premiers inscrits dans les hôtels, plaça les derniers (*fortunatos nimium*) dans les appartements vacants. C'est ainsi que MM. Lépine, Chibret, Dianoux, se trou-

qui s'était montrée surtout depuis deux ou trois jours, et me faisait aussi penser à la possibilité d'une pneumonie à forme ataxique. En tout cas, la situation me paraissait devoir être très grave. Cette impression fut encore augmentée à mon arrivée au domicile de M. X...; on me dit, en effet, qu'il était devenu tout d'un coup plus calme, ce qui me fit craindre que son état ne se fût encore aggravé. Aussi, quel ne fut pas mon étonnement, lorsque, m'étant approché du malade pour l'examiner, ce dernier, réveillé en sursaut, me reconnut de suite, me remercia d'être venu le voir, me dit qu'il se sentait beaucoup mieux, etc.; bref, me parla comme en bonne santé, sauf avec un léger embarras dans la parole.

Ainsi, état actuel 1er mars (cinq heures du matin) : pas d'agitation, pas de délire, intelligence lucide; pouls à 84, très régulier; artères résistantes et sinueuses sous le doigt. Par contre, sueurs profuses sur tout le corps, et si abondantes qu'elles me frappent de suite. Facies rouge, conjonctives injectées, yeux larmoyants. Respiration un peu pressée; toux assez fréquente; expectoration de crachats çà et là un peu visqueux et collants. Sonorité normale de la poitrine, sauf en bas, où elle est assez sensiblement diminuée, surtout à droite. Bruits respiratoires un peu exagérés sous l'oreille, dans l'inspiration, même en bas, et accompagnés de râles muqueux assez fins, mélangés de râles sibilants; pas de râles crépitants cependant, ni de souffle bien net et localisé en aucun point. Langue chargée, blanchâtre; soif assez vive; hoquets suspendus depuis hier soir. Rien de particulier du côté du ventre, ni des voies urinaires; aucune trace de l'éruption cutanée dont on m'avait parlé; pas d'œdème aux membres inférieurs. Le malade ne se plaint d'aucune douleur, et accuse seulement de la lourdeur de tête et de la courbature.

Ces symptômes dénotaient en particulier une congestion violente des poumons, voisine de l'hépatisation ; mais n'expliquaient pas les alternatives singulières de calme et de délire que le malade avait présentées. L'apparition des accidents cérébraux toujours le soir et à la suite de frissons et de fièvre, leur cessation brusque et coïncidant avec des sueurs profuses, rapprochées de la rentrée récente du malade en France, me firent penser à la possibilité d'accès pernicieux à forme délirante. Interrogé dans ce sens, le malade me dit qu'il n'avait jamais eu d'accès de fièvre en Italie ; mais, pressé de questions, il ajouta cependant qu'à son dernier voyage, il avait eu le soir un malaise léger avec frisson, lequel s'était répété assez souvent et toujours le soir, pendant les premières semaines de son séjour à Paris, mais qu'il n'y avait pas fait attention. Ces renseignements nouveaux me confirmaient dans mon opinion ; il en fut de même de l'examen de la région splénique, qui était assez sensible à la pression, et me parut offrir une matité anormale assez étendue, autant que me permettait d'en juger l'état d'embonpoint du malade. L'indication de la quinine était formelle, ne fût-ce que comme pierre de touche. Mais ici, d'après la marche des accidents les jours précédents, j'avais

---

vèrent chez M. le comte de Moltke, proche parent de l'ambassadeur de Danemark en France, et qui a une des plus belles galeries de tableaux connues, — que M. Verneuil, au comble de ses vœux, à ce point de vue s'entend, eût pour domicile un joli petit appartement au rez-de-chaussée, au milieu d'un jardin où il put préparer à loisir sa conférence, — que d'autres, MM. Nicaise, Chauveau, Cornil, Leloir, etc., et moi-même, furent abrités sous les lambris dorés des appartements princiers de la noblesse marchande de Copenhague, dont les membres portent le titre de *grœsserer*, les Hansen, les Gamel, les Nœser, les Leth, les Seidelin, etc., auxquels je me plais à adresser nos remerciements collectifs.

M. Pasteur, dont les travaux sur la bière ont rendu de si grands services aux brasseurs, avait été l'objet d'une attention des plus délicates de la part du plus grand fabricant de bière de Copenhague, M. Jacobsen senior, qui avait loué pour lui le plus bel appartement de l'hôtel d'Angleterre. Je dois dire d'ailleurs que M. Pasteur a été le plus fêté des membres du Congrès; que tous, depuis la famille royale jusqu'au plus humble des habitants de Copenhague, l'ont félicité de ses travaux chacun à sa manière, et que le vœu de notre illustre compatriote, qui est de reporter à sa patrie l'honneur qui revient à chacun de ses enfants, a été pleinement exaucé.

Voilà pour le couvert. Quant au vivre, je crois qu'on eût difficilement pu faire mieux et plus généreusement. Les séances de sections ayant lieu de neuf heures à midi et de une heure à trois, il a paru au comité d'organisation que les membres du Congrès éprouveraient peut-être quelque embarras à se restaurer dans les hôtels de la ville entre les deux séances, et pour éviter cet embarras et toute perte de temps, ils ont fait installer sous une immense pelouse voisine du lieu de nos réunions trois grandes tentes

du temps devant moi, et il me parut opportun à tous égards d'avoir une consultation avec les deux médecins qui avaient déjà vu le malade. Je me bornai donc à prescrire une potion de Todd, additionnée de kina (4 gr.) et de kermès (20 centigr.).

La consultation projetée eut lieu vers les deux heures de l'après-midi : nous trouvâmes M. X... dans le même état relativement satisfaisant que le matin ; les urines, qu'on avait conservées, ne contenaient pas d'albumine. Des observations qui furent échangées entre nous et avec la famille, il résulta qu'il y avait eu en effet une intermittence très nette dans l'apparition des accidents, et que par suite il était probable que nous avions affaire à des *accès pernicieux à forme délirante et à type double quarte*. Il fut convenu que le malade prendrait 1 gr. de sulfate de quinine le jour même, et 1 gr. le lendemain, moitié à 11 heures et moitié à midi ; ce qui faisait 2 grammes avant le retour possible de l'accès. On aurait à suspendre ou à continuer ce médicament suivant l'effet produit. Contre les accidents thoraciques, qui n'étaient pas sans importance, on continuerait la potion prescrite, et on appliquerait à différentes reprises de nombreuses ventouses sèches sur la poitrine.

Ce traitement fut suivi de point en point, et arrêta complètement et brusquement les accidents cérébraux, qui avaient paru si menaçants. Le délire ne reparut pas, non seulement le soir du 1er mars, jour apyrétique où il ne devait pas revenir, mais encore ni le 2, ni le 3 mars, jours des accès. Cependant, le 4 mars, vers les 5 heures du soir, il y eut un peu moins de netteté dans les idées et un subdélirium léger, comme si l'accès de la veille n'avait été que retardé ; mais ces symptômes ne furent que passagers. Le 5 mars et les jours suivants aucun accident de ce genre ne se montra. Le sulfate de quinine fut du reste continué à la même heure, d'abord à la dose de 1 gr. chaque jour (c'est-à-dire de 2 gr. entre chaque période d'accès), qui paraissait suffisante, puis à une dose moindre ; il fut remplacé plus tard par le vin de quinium.

Quant aux accidents thoraciques, ils disparurent aussi, mais progressivement ; ce ne fut en effet qu'après quatre à cinq jours que la sonorité de la poitrine redevint normale, et que l'expectoration fut moins abondante et purement muqueuse. La sensibilité de la rate et sa matité exagérée disparurent peu à peu également. Le malade n'eut plus ni frisson, ni fièvre, le pouls restant presque constamment à 64, sauf le 4 mars au soir, où il monta à 84. Dès le 10 mars, M. X..., qui se levait depuis deux ou trois jours, put s'occuper de ses affaires, et paraissait revenu à son état habituel ; au dire de son entourage, il avait même plus de calme, plus de netteté et plus de suites dans les idées qu'avant sa maladie.

Cet état ne devait pas persister ; un mois environ après le dernier accès, le 4 avril, M. X..., après une journée de courses fatigantes, fut pris, dans la rue, d'un étourdissement violent, mais passager ; le reste de la soirée se passa sans incident, sauf quelques grimaces dans la face. Le lendemain au réveil, il y avait : embarras de la parole, para-

---

sous lesquelles était préparé chaque matin, aux frais du comité ou de la ville, un lunch des plus substantiels. Le soir, il était bien rare que chacun de nous ne fût pas invité à dîner chez nos hôtes ou chez un confrère de la ville. Je n'ai pas besoin d'ajouter que, pour ces agapes toujours un peu cérémonieuses, on mettait les petits plats dans les grands et tous les verres de la maison autour, manière fort ingénieuse de nous convaincre, preuves en main, que la cuisine danoise, quoique différente de la nôtre, ne laisse rien à désirer. Je sais bien que nous pourrions lui reprocher ses sauces sucrées, avec confitures et pruneaux, pour les plats de viande, mais, dans le nombre, on pouvait faire un choix, et, en procédant par élimination, conserver encore un assez joli menu.

Si quelques Français craignaient pour leurs aises en arrivant à Copenhague, les Danois, de leur côté, avaient la crainte contraire de ne pouvoir nous recevoir assez bien. Aussi, la plupart des orateurs qui nous ont souhaité la bienvenue ont-ils cru devoir s'excuser de n'avoir pu faire mieux, parce que leur pays était petit et leurs ressources modestes. Le Danemark est en effet un petit pays, et ses habitants sont moins nombreux que ceux de la ville de Londres à elle seule. Mais on ne peut faire à ce pays un crime d'être petit, d'autant plus que ce n'est pas absolument sa faute, et qu'on l'a un peu rapetissé malgré lui ; quant à son hospitalité, elle a été pour tous les membres du Congrès, sans distinction de nationalité, si grande, si généreuse, si cordiale, que chacun de nous a fait assurément la réflexion suivante : « Petit pays, soit ! Mais à coup sûr, grand cœur. »

Il me serait difficile de raconter en détail les fêtes données par la ville de Copenhague aux membres du Congrès, mais pour justifier la conclusion précédente, je vais essayer d'en donner un aperçu rapide.

lysie du côté droit de la face, douleurs de tête vives, engourdissement marqué de l'intelligence, affaissement profond du malade. Il n'y avait eu ni frisson, ni fièvre, ni sueurs, le pouls était à 84. Néanmoins, outre les moyens employés en pareil cas, la quinine, qui n'était plus prise, depuis une quinzaine, fut donnée à hautes doses, mais n'amena aucun changement, ce qui était à prévoir. La paralysie gagna le bras et la jambe du côté gauche ; il y avait ainsi une hémiplégie croisée, indice d'une hémorrhagie cérébrale de la base. Peu à peu, l'intelligence s'éteignit complètement, les bronches s'encombrèrent de mucosités, que le malade ne pouvait rejeter, et il succomba le 9 avril.

Obs. II. — *Accès pernicieux à forme comateuse chez un sujet atteint de diabète avec albuminurie.*

Le 7 mai 1884 je suis appelé, à une heure et demie de l'après-midi, près de M. X..., habitant avenue de la Grande-Armée, et je trouve un homme âgé de 73 ans, d'apparence robuste encore et affaissé dans un fauteuil, sur lequel il se soulève avec peine à mon arrivée. Le facies est rouge, vultueux, le regard un peu fixe, la parole lente plutôt qu'embarrassée; la mémoire et les idées paraissent en défaut, ou du moins le malade ne répond que par monosyllabes, cherchant, dit-il, une expression convenable pour bien exprimer ce qu'il ressent et ne la trouvant pas.

La peau est chaude, sèche, mordicante à la main; le pouls fréquent et vif à 120. Rien à la poitrine, quoique la respiration soit un peu pressée; rien au cœur, sauf peut-être un léger prolongement du premier bruit. Langue chargée, jaunâtre, humide; inappétence persistante depuis plusieurs semaines qui l'a sensiblement affaibli; et pour laquelle le malade, il y a deux jours, a pris de lui-même une purgation qui a produit des selles surabondantes, et l'a beaucoup fatigué. Rien de notable du côté des voies urinaires, pas d'œdème aux membres inférieurs.

J'apprends de l'entourage que M. X... est mal disposé depuis quelque temps, triste, morose, facilement irritable, ce que l'on attribue à des chagrins de famille; que la veille, le 6 mai, dans l'après-midi, il a eu du tremblement (*sic*) des mains, et déjà de la fièvre; qu'à son lever, ce matin même, il paraissait encore plus mal à l'aise que le jour précédent; qu'enfin il a eu encore, un peu avant midi, le même tremblement que la veille, à la suite duquel sont survenus la fièvre et l'état dans lequel il est actuellement.

On ajoute qu'il a eu le diabète, il y a longtemps déjà; qu'il l'a peut-être encore, mais que, n'en sentant plus les inconvénients, il ne s'en préoccupe plus et ne suit plus de régime particulier ; que d'ailleurs il n'a jamais fait de maladie grave, qu'il est à Paris depuis quatre mois, et qu'auparavant il habitait Villemomble-le-Raincy, localité des environs, où il a toujours joui d'une bonne santé.

Dimanche. — Après la séance d'ouverture à laquelle assista la famille royale, dispersion des membres du Congrès un peu partout ; dîner chez M. Panum, président.

Lundi. — Dîners offerts par les membres danois des différentes sections aux membres étrangers. La section de chirurgie ne s'étant pas réunie ce jour-là (en banquet, veux-je dire), je fus invité par celle de gynécologie, où, forcé par les circonstances, je dus prononcer ce toast (?) qu'un ami indiscret a envoyé à notre collaborateur Simplissime.

Mardi. — Journée sérieuse ; séances de sections de neuf heures à midi et d'une heure à trois. Séance générale de trois heures et demie à cinq heures et demie. Le soir, réceptions privées.

Mercredi. — Excursion générale, y compris les dames, à Elseneur. Transport des membres du Congrès sur cinq steamers pavoisés depuis le pont jusqu'en haut des mâts. Traversée de deux heures, un peu de vent, mais temps superbe, aucun cas de mal de mer. Admiration générale de la côte depuis Copenhague jusqu'à Elseneur. Réception et déjeuner dans le château royal le *Kronborg*, beau spécimen de la Renaissance en Danemark, situé à la réunion du Cattégat et du Sund, et d'où l'œil jouit d'une vue splendide. Dans ce château se trouve la chambre, qu'on visite avec recueillement, où fut arrêtée la reine Caroline Mathilde, femme de Christian VII, accusée d'amours coupables avec le fameux ministre Struensée. Comme exercice de digestion, excursion des membres poétiques du Congrès au tombeau d'Hamlet et à une fontaine voisine, alimentée aujourd'hui encore par les larmes d'Ophélie. Dégustation desdites larmes qui jouissent de propriétés souveraines contre le mal de dents, la migraine, les peines de cœur. Retour à Copenhague par le chemin de fer.

Ces renseignements, pas plus que l'état que j'avais constaté, ne m'éclairant sur ce que pouvait avoir le malade, je recommandai de conserver les urines qui seraient rendues, afin de les faire examiner; et je prescrivis, dans le but de faire tomber la fièvre et de combattre la tendance à l'adynamie qui existait, 60 centigrammes de sulfate de quinine en deux doses à prendre dans la soirée, et une potion de Todd au kina (4 grammes) et à la teinture de digitale (25 gouttes).

Le soir, à cinq heures, on revenait me chercher en toute hâte, disant que M. X... était de plus en plus mal. Par une circonstance indépendante de ma volonté, je ne pus le voir qu'à neuf heures, et voici ce qui s'était passé dans l'intervalle de mes deux visites :

Le malade s'était affaissé de plus en plus dans son fauteuil, ne répondant plus à ce qu'on lui disait, ne semblant même pas le comprendre; il n'avait pu avaler qu'à grande peine un des cachets de quinine prescrits. Bientôt il tombait sans mouvement ni connaissance, et il avait fallu le transporter comme une masse inerte sur son lit; et, à peine couché, il avait eu des évacuations involontaires sous lui; la respiration était devenue haute, pénible, stertoreuse; on avait cru le perdre. Cet état s'était prolongé jusque vers les huit heures; alors la respiration était redevenue plus facile, la connaissance avait reparu, et un mieux très sensible s'était montré.

De fait, je trouvai (à neuf heures du soir) M. X... dans un état tout autre qu'à ma première visite : intelligence plus lucide, normale; fièvre nulle, pouls à 80; par contre, sueurs profuses dont le malade est tout inondé, car on n'avait pas encore eu le temps de le changer. Rien de nouveau par ailleurs; on n'avait pu avoir d'urines, le malade, disait-on, ayant sans doute uriné sous lui, ce qui me parut plus que probable à ce moment-là.

La soudaineté des accidents, leur cessation rapide; les tremblements des mains dont on m'avait parlé et qui n'étaient autres que des frissons, la fièvre vive qui leur avait succédé et que j'avais constatée, me donnèrent à penser qu'il s'agissait d'*accès pernicieux à forme comateuse*. L'interrogatoire du malade, repris à ce point de vue, ne m'apprit rien de nouveau; jamais il n'avait eu de fièvre intermittente. L'examen de la région splénique ne donna pas de signes bien positifs; la matité ne paraissait pas augmentée et la sensibilité à la pression était à peine marquée. L'accès avait été si franc que je persistai quand même dans mon impression; je prescrivis donc 1 gramme 20 de quinine à prendre en deux doses, à huit heures et à neuf heures du matin, le lendemain.

Le 8, je vois le malade à neuf heures du matin : nuit bonne; mais, peu après le réveil, à huit heures, nouveau frisson, moins violent que celui de la veille, néanmoins bien marqué ; le malade venait de prendre sa première dose de quinine.

Actuellement : état fébrile, peau chaude et sèche au toucher; pouls fort, à 96; intelli-

---

Jeudi. — Excursion des dames à Klampenborg (station de bains de mer aux environs de Copenhague), offerte par les dames de Copenhague aux femmes des membres du Congrès ; les maris étaient admis. Organisée par l'aimable docteur William Bull et un comité présidé par madame Hansen Greet, femme du président de la section d'ophthalmologie, favorisée d'ailleurs par un temps magnifique, cette excursion fut une vraie récréation pour les dames. Un lunch les délassa de leurs fatigues ; plusieurs toasts très applaudis furent portés par Mme Hansen Grut aux dames étrangères, par M. Bull aux dames de l'excursion, par Mme Mayer et par Mme Ball, qui eut un vrai succès, aux dames danoises.

Le soir, dîner de 1,200 couverts, offert par la municipalité de Copenhague aux membres du Congrès, dans une tente immense en plancher, vitrée, recouverte de toile, ornée de drapeaux et de fleurs, située au bord de la mer, au milieu du port, d'où on voyait défiler les bateaux de toute grandeur pavoisés sur tous les cordages. Service dans un ordre parfait. Nombreux toasts. Toutes nos félicitations à MM. Pasteur et Trélat, qui ont parlé au nom de la France. Transport des membres du Congrès, en bateaux pavoisés, avec musiques jouant les airs nationaux, même la Marseillaise, dans un immense jardin public, Tivoli *nomine*, où se trouvent réunis tous les sujets de distraction, illuminé *a giorno*, où un feu d'artifice termina la soirée.

Vendredi. — Réception des membres du Congrès par le Roi et la famille royale dans les magnifiques salles du palais qu'elle habite. Après la réception, souper. Toasts prononcés par S. M. le roi Christian IX, remerciant le Congrès de l'honneur qu'elle fait au Danemark en choisissant Copenhague pour siège de sa 8e section ; réponse par divers membres, dont M. Pasteur.

gence nette, parole facile même, et, fait singulier, suppression presque complète des urines; toutes celles qui ont été rendues dans la nuit sont contenues dans une demi-chope à bière; elles sont rouges, foncées en couleur. J'ajoute de suite qu'analysées dans la journée même, à la pharmacie Yvon, elles donnèrent *par litre* 5 grammes de sucre, 0 gramme 80 d'albumine, et 18 grammes d'urée; ce qui, étant donné le peu d'urines rendues, réduisait à 2 ou 3 grammes la quantité de cette dernière substance rejetée dans les douze heures.

La situation était évidemment complexe. Persuadé qu'il s'agissait néanmoins et avant tout d'accès pernicieux, je fais prendre séance tenante la seconde dose de quinine prescrite, quitte à y revenir dans la journée. Je supposais alors que c'était l'accès de la veille qui avait avancé, et que le malade n'aurait pas d'autres accidents que ceux que j'observais. C'était une erreur.

A onze heures, en effet, M. X... était repris d'un nouveau frisson plus violent que celui du matin, et qui fut suivi de fièvre et de coma comme le jour précédent et à la même heure. Ces nouveaux accidents furent aussi prononcés, mais moins prolongés que ceux de la veille. Le soir à six heures, je trouvai le malade dans un état d'apyrexie complète, et n'ayant déjà plus qu'une transpiration modérée ; les urines étaient d'ailleurs aussi rares que celles du matin.

Attribuant la diminution d'intensité de l'accès à la quinine donnée (1 gr. 20), et sa récidive à son administration trop tardive, je prescrivis la même dose pour le lendemain, à prendre en deux fois à *quatre heures et demie et à cinq heures du matin*, c'est-à-dire trois heures avant le retour possible du petit accès, et six heures avant le début du grand accès.

Ce traitement fut rigoureusement suivi, et les accès furent jugulés du coup. Aucun accident, ni frisson, ni fièvre, ni coma ne reparurent le lendemain, ni les jours suivants, à aucune heure de la journée. Les urines devinrent peu à peu plus abondantes, et revinrent bientôt à leur quantité ordinaire. L'analyse en fut répétée à différentes reprises, et la dernière, pratiquée six semaines après la période des accès, donnait *par litre* 2 gr. 75 de sucre, 0 gr. 75 d'albumine, et 8 gr. 50 d'urée ; le malade urinant alors 2 litres par jour, cette dernière substance était revenue à un taux normal.

Le malade fut d'ailleurs soumis à la même dose de quinine, prise à la même heure, pendant quelques jours ; puis à une dose moindre, et plus tard au vin de quinquina. L'appétit revint plus vif qu'auparavant ; les forces abattues pendant les premiers jours ne tardèrent pas à se rétablir.

Le 20 mars, il pouvait sortir, et depuis, il s'est toujours bien porté, à part son diabète, qui du reste n'a pas paru avoir été influencé par les accès de fièvre qu'il venait d'avoir. (*A suivre.*)

Samedi. — Réception du Congrès par la municipalité à l'Hôtel-National. Bal et souper d'adieux.

Il n'y a pas eu de banquets de journalistes, bien que la presse de tous les pays fût assez largement représentée. En France, la *Gazette médicale*, le *Progrès*, la *Semaine* et l'*Union médicale* avaient seuls des correspondants attitrés, et aucun de nous n'a proposé d'ajouter un banquet aux nombreux qui étaient projetés. Nos journaux n'avaient pas d'ailleurs besoin de cela pour être connus. Pour l'*Union* en particulier, je dois dire, question de drapeau à part, qu'elle est ici très estimée. Il ne faudrait pas juger du nombre de nos lecteurs danois par celui de nos abonnés dans ce pays, parce que les médecins danois, pratiquant la confraternité beaucoup mieux que chez nous, s'abonnent à un certain nombre de journaux de médecine et se réunissent en petits cercles pour les lire ; ce qui fait qu'un abonné représente vingt ou trente lecteurs.

Le grand nombre de distractions, de fêtes, de dîners qu'on ajoute chaque année aux travaux des congrès, pourraient faire craindre que la partie amusante ne vienne à l'emporter sur la partie sérieuse. Il n'en a rien été jusqu'ici, car les séances de sections et les séances générales ont toujours été très suivies ; mais il faut bien avouer qu'à réunir ainsi l'utile à l'agréable, huit jours de suite — les fatigues du Congrès sont très grandes — quelque sobre que l'on soit, on mange et on boit toujours plus que d'habitude, et bien que les médecins aient en général la réputation d'être de bonnes fourchettes, l'estomac a des limites de dilatation qu'il n'est pas bon de lui faire franchir trop souvent. Il est vrai que dans ces grandes réunions on n'en prend qu'à sa guise, et on ne peut guère comparer sous ce rapport un estomac français à un estomac anglais ou allemand. Beaucoup de nos confrères, qui passent pour d'aimables causeurs, jouissaient même de l'heureux

BIBLIOTHÈQUE

Traité théorique et pratique des maladies de l'oreille et du nez, par MM. Miot et J. Baratoux. — Paris, Delahaye et Lecrosnier, 1884.

De toutes les branches de la médecine, l'otologie et la rhinologie sont les moins explorées par les étudiants et les praticiens. C'est un tort, car la connaissance pratique de ces affections est d'indispensable utilité dans l'exercice quotidien de la médecine. De plus, cet éloignement pour ces études a eu pour conséquence l'habitude, de la part des malades et des médecins, de considérer ces maladies comme de secondaire importance.

Erreur préjudiciable, puisque le début des affections auriculaires est le moment où l'intervention médicale a les chances les plus favorables d'amener la guérison, ou tout au moins de durables améliorations. Plus tard, à une période avancée, il n'en est plus de même, malgré toute l'habileté des spécialistes.

Au reste, il ne faut pas s'étonner de cet éloignement des médecins pour l'étude de l'otologie et de la rhinologie. Nombre d'entre eux, excellents cliniciens d'ailleurs, quittent l'Ecole sans avoir reçu les premières notions de pathologie auriculaire et nasale. Cette lacune vient de l'enseignement officiel. Il est vrai que les cours libres, comme celui de M. Baratoux, l'atténuent bien dans une certaine mesure.

Néanmoins elle n'est pas la seule. Elle existe aussi dans notre littérature médicale contemporaine. Celle-ci est pauvre en ouvrages français sur l'otologie et la rhinologie. Depuis quelques années, on a bien essayé de combler ce vide par la traduction de livres d'origine étrangère. On s'est adressé à l'Allemagne, à l'Angleterre, et on a cru répondre au besoin du public médical par ces ouvrages, estimés dans leur pays d'origine, mais dont l'esprit ne répond guère aux idées et aux mœurs scientifiques de notre patrie.

Il était donc temps de lire un traité français d'otologie, écrit pour des Français et par des Français, rendant pleine justice à nos compatriotes, possédant aussi ces qualités de sincérité, de précision et de clarté qui font le génie de notre littérature scientifique.

Avec l'ouvrage de MM. Miot et Baratoux, on se retrouve enfin en France ! Pour ma part, et j'ai bonne raison de croire que cette opinion est partagée par mes lecteurs, je suis heureux d'en remercier les auteurs et de souhaiter à leur œuvre tout le succès dont elle est digne.

Dans le premier fascicule, le seul qui soit publié jusqu'à ce jour, l'anatomie et la physiologie de l'oreille et du nez ont été largement et complètement étudiées. Les obscurités et les difficultés de ce sujet sont bien connues, mais les auteurs ont su les aplanir par la clarté des descriptions et la multiplicité des figures. A ce point de vue, on ne

---

privilège de remplacer un plat trop lourd par une conversation légère, et personne ne songeait à leur reprocher de manger et de boire peu. Mais tout le monde n'est pas aussi bien doué, et quoique je ne connaisse aucun exemple d'accident survenu pendant le Congrès à la suite d'un repas trop copieux, il y a peut-être là un danger que j'ai tenu à signaler aux organisateurs de nos réunions futures.

On a prétendu que les membres français avaient été reçus avec plus de cordialité que les allemands par nos hôtes danois. Si le fait est vrai, et je le crois du reste, je n'y verrais rien d'extraordinaire, car enfin les souvenirs douloureux qui existent encore pour nous, comme l'a si éloquemment dit M. le professeur Trélat, n'ont pas dû s'effacer non plus du cœur des Danois. Mais, vraie ou non, cette opinion a provoqué un article de la part d'un journal allemand, qui a cherché à expliquer à sa manière l'amabilité des Danois à notre égard. C'est tout simplement, dit-il, pour nous calmer et nous empêcher d'être agressifs envers nos confrères allemands pendant le Congrès. Cette bouffonnerie n'a pas été relevée, et ne le méritait guère. Pour ma part, je crois davantage à la sympathie entre Français et Danois pour expliquer l'accueil cordial dont nous avons été l'objet, sympathie qui a inspiré à un de nos collègues, et des plus illustres, le sonnet suivant, que j'ai trouvé dans l'album d'une dame de Copenhague :

A PROPOS DU CONGRÈS.

Madame, on m'avait dit que dans votre patrie
Le ciel était tout gris, et que chaque habitant
Etait blond, pâle et froid. Remarquez, je vous prie,
Que sur ces points j'étais tout à fait ignorant.

saurait trop favorablement apprécier le chapitre de *l'oreille interne*, de la *structure des éléments nerveux*, de l'usage des *canaux circulaires*, et des *troubles réflexes d'origine oculo-nasale*. Cette dernière question est d'actualité après les travaux récents de Hack en Allemagne et ceux de nombreux médecins américains.

La *technique des autopsies* de l'organe de l'ouïe est exposée avec de nombreux détails au point de vue de la grosse anatomie et de l'histologie. L'idée qui inspirait ces pages répond donc bien au but des auteurs, qui a été d'écrire à la fois un ouvrage didactique et pratique.

Ces mêmes qualités s'observent dans la deuxième partie. Ici, il s'agissait d'exposer les méthodes et l'appareil instrumental de l'otoscopie et de la rhinologie : emploi des spéculums divers, éclairage de l'oreille et du nez, cathétérisme, insufflations, injections, pénétration de l'air ou des vapeurs dans l'oreille moyenne, exploration de l'oreille interne, usage de l'électricité pour les épreuves de réaction du nerf auditif; en un mot, tous procédés pratiques, dignes d'être plus souvent mis en usage. Dans ce but, les auteurs, créateurs eux-mêmes de nouvelles méthodes ou inventeurs d'ingénieux instruments, ont fait œuvre d'équitable tolérance, en apprenant avec impartialité les découvertes ou les appareils imaginés par les otologistes et les rhinologistes. On trouvera donc dans ces pages l'énumération des ressources de cet arsenal et les indications complètes de leur maniement.

Ce volume se termine par un chapitre clinique sur la surdité simulée et dissimulée. Les médecins militaires et les légistes y trouveront de judicieuses remarques.

Ce traité de MM. Miot et Baratoux a sa place acquise dans toutes les bibliothèques. Débutants ou vétérans de la pratique médicale ont intérêt à connaître ces maladies, et certes, à ce point de vue général, l'œuvre actuelle est une bonne œuvre, parce qu'elle contribuera à effacer ce préjugé d'après lequel la pratique de l'otologie présente des difficultés insurmontables; parce qu'enfin elle témoigne, une fois de plus, de la vitalité de l'Ecole française.

En terminant, j'adresse une requête aux auteurs et à l'éditeur. Sera-t-elle écoutée ? Je l'espère, dans l'intérêt du succès de leur livre dont l'opportunité n'était pas douteuse. La première partie vient de paraître; je leur demande de hâter la publication des autres fascicules qui seront consacrés aux affections de l'oreille externe, de l'oreille moyenne et de l'oreille interne, à certains états pathologiques de la région naso-pharyngienne, aux vices de conformation de ces diverses parties, enfin à la surdi-mutité. — Ch. E.

LES CHAMPIGNONS CONSIDÉRÉS DANS LEURS RAPPORTS AVEC LA MÉDECINE, L'HYGIÈNE PUBLIQUE ET PRIVÉE, L'AGRICULTURE ET L'INDUSTRIE, par le docteur Lucien-Marie GAUTIER. — Paris, 1884, J.-B. Baillière.

L'histoire naturelle des champignons a été l'objet de publications, parmi lesquelles il

---

Aujourd'hui je proteste, et nettement j'affirme
Avoir été trompé. Il faudrait être infirme
Pour ne pas voir ici le soleil radieux
Et la flamme qui brille en l'azur des grands yeux.

Je quitte ce pays, non sans quelque tristesse ;
Du nôtre il est si loin, qu'au seuil de la vieillesse
J'ignore si jamais j'y pourrai revenir.

Mais je conserverai le touchant souvenir
De nos hôtes danois, nos frères en souffrance,
De ces vaillants amis de notre chère France.

L'auteur m'ayant prié de ne pas le nommer, je lui garderai donc le secret. Mais si vous voulez essayer de deviner son nom, cherchez parmi ceux de nos maîtres déjà au seuil de la vieillesse, celui qui a conservé dans le cœur assez de jeunesse et de poésie pour pouvoir y trouver encore une expression aussi charmante de sa reconnaissance, pour l'hospitalité que nous avons reçue des habitants de Copenhague.

L.-H. PETIT.

suffit de citer l'ouvrage de Gillet et l'Iconographie de Paulet et Léveillé. C'étaient des livres d'utilité objective plutôt que pratique.

Le gros et magnifique volume que publie notre estimé confrère de Mamers, M. Gautier, joint à ses qualités typographiques et scientifiques le grand avantage d'être conçu et composé à l'usage des praticiens, des étudiants et de ceux qui ne font pas profession de botaniste. Il n'a donc pas la haute prétention d'être un traité de mycologie; il a par contre la qualité de donner des notions précises sur le signalement des principales espèces comestibles suspectes ou vénéneuses de la France, d'indiquer leurs propriétés ou leurs usages, conséquemment de satisfaire la curiosité, et de compléter quelque peu, ajouterais-je, les connaissances trop théoriques de certains mycologistes.

Pour aplanir les difficutés de cette étude, il ne suffisait pas de la description exacte des espèces, car leur diagnose passe à juste titre pour difficile; il fallait faire figurer les principaux types devant les yeux du lecteur. De là ces magnifiques planches chromo-lithographiques et les nombreuses figures intercalées dans le texte. A coup sûr elles ne contribueront pas peu au succès de l'ouvrage.

D'ailleurs M. Gautier a eu toutes les ambitions en publiant ce livre. Il a voulu donner satisfaction aux besoins divers des lecteurs. C'est pour cela que le botaniste de cabinet y lira de bonnes pages sur l'anatomie et la physiologie mycologiques, et que les botanistes herborisateurs, ces pratiquants de la congrégation de Flore, y trouveront des renseignements sur l'habitat, la récolte et la classification des champignons.

Ce n'est pas tout d'ailleurs, les botanistes bibliophiles y consulteront un long index de dix pages bien suffisant pour la satisfaction de leurs appétits littéraires; et ces autres botanistes, économistes à leur heure, verront avec joie que l'exportation de la truffe a été pour le pays d'un revenu de six millions et demi pendant l'année 1877!

D'ailleurs ce n'est pas tout encore, M. Gautier a entrepris des recherches sur les moyens de combattre l'empoisonnement par les champignons. Il est vrai que ces expériences donnèrent des résultats négatifs; mais, en les faisant connaître, il a peut-être indiqué la voie aux chercheurs et conséquemment fait œuvre utile. Ce livre pourra donc intéresser les médecins légistes; il intéressera aussi les gourmets. car notre confrère mycologiste a consacré un long chapitre à l'appréciation des qualités comestibles de ces végétaux favoris et aux procédés culinaires de leur préparation. Voilà certes des éléments de succès. Il faut souhaiter bonne chance à un livre qui fait honneur à la plume, à la sagacité et..... au bon goût de son savant auteur, qui est médecin distingué autant qu'habile botaniste! — Ch. E.

REVUE DES JOURNAUX

De la péricardite chez les enfants, par Ashby. — C'est une maladie rare dans l'enfance. Au-dessous de deux ans, elle a pour cause la septicémie par suppuration du cordon ombilical, ou bien après les ostéo-périostites. Elle peut accompagner la tuberculisation des membranes séreuses, mais la plus importante est la forme idiopathique, ou bien celle qui accompagne la pleurésie franche, l'empyème, ou la pleuro-pneumonie. De trois à quatre ans, elle est, en général, d'origine rhumatismale.

Quant à la péricardite consécutive ou concomitante à la scarlatine et aux maladies zymotiques, M. Ashby la considère comme plus rare que l'endocardite scarlatineuse. Plus loin, l'auteur s'arrête aux effets de la propagation de la péricardite aux culs-de-sac pleuraux antérieurs et aux glandes du médiastin, c'est-à-dire aux altérations qui constituent la mediastino-péricardite. Dans ces cas on observe des modifications remarquables du pouls : telles que le pouls paradoxal. De plus, il est souvent alors impossible d'établir par quel organe la maladie débute, de sorte que cette forme de *mediastinitis* est intéressante à connaître pour les praticiens et mériterait d'être étudiée avec soin. (*The Lancet*, mars 1884). — C. L. D.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1884

La situation s'améliore chaque jour en Provence. A *Marseille :* du 24 au 25, on a constaté 16 décès ; et les entrées au Pharo ont été nulles ; à *Toulon*, du 26 au 28 on a compté 6 décès en ville, 2 à la Seyne, et l'effectif des cholériques hospitalisés à Saint-Mandrier et à Bon-Rencontre s'est abaissé de 37 à 32. A *Arles*, on a enregistré un seul décès le 26. Par contre, la maladie sévit toujours avec intensité à l'Asile des aliénés d'*Aix*, où il y a eu 8 décès du 26 au 28, tandis qu'en ville, ils ne s'élèvent qu'à 2.

L'amélioration est aussi manifeste dans le *Gard* (4 décès le 27 août); dans les *Basses-Alpes* (6 décès du 26 au 27, 3 décès du 27 au 28) ; à Sisteron, Manosque, Saint-Vincent, Noyers, Valbelle et les Omergues et dans les *Pyrénées-Orientales* (12 décès du 26 au 27, 17 décès du 27 au 28); à Perpignan, qui est actuellement le principal foyer cholérique du département, Rodès, Prades, Cattac, Boule-Ferrière, Saint-Félieu-d'Avoil, Corbère, Eus, Lesoler, Pezillo de la Rivière, Ponteigna, Brouilla, Thuis et Estagnel, où la première victime a été un médecin, le docteur Delfau.

Il en existe même dans l'*Hérault*, où on signale 7 décès du 25 au 26 et 2 décès du 26 au 27 ; de ces décès, 4 sont survenus à Ayde, où il existe 20 cholériques en traitement.

Dans l'*Aude*, l'amélioration est plus grande encore : on n'y a observé qu'un seul décès à Narbonne du 26 au 27.

L'épidémie est stationnaire dans le *Vaucluse :* du 26 au 27 il y a eu 9 décès dont 3 à Cavaillon et 2 à l'asile de Montdevergues, et du 27 au 28 un seul décès à Pertuis.

Enfin à Plassans on signale un nouveau foyer cholérique. Le 27, il y a eu 6 décès, et actuellement il y existe des cas graves.

En Italie, le 26 août, d'après les bulletins officiels, la morbidité cholérique a été de 78 cas et la mortalité de 42 décès ; le 27 août, la première s'éleva à 90 cas et la seconde à 67 décès. Bergame, Busca, dans la province de Cunéo, et la Spezzia sont les principaux foyers de l'épidémie, qui a définitivement envahi Naples. — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 19 août 1884. — Présidence de M. Rolland.

Nous reproduisons les deux derniers rapports présentés à l'Académie, l'un par M. Gosselin ; l'autre, par M. Marey, sur diverses communications relatives au choléra. Le premier est un rappel très opportun des conditions du programme du prix Bréant ; le second est un acte de justice tardive envers un observateur des plus sagaces. — Voici le rapport de M. Gosselin :

« La commission a reçu le lundi 4 août trente communications nouvelles sur le choléra, ce qui porte à plus cent le nombre des prétendues découvertes envoyées depuis quelques semaines à l'Académie sur le traitement de cette maladie. Cette fois encore le plus grand nombre des communications se font remarquer par leur insignifiance et leur inutilité. Combien il est regrettable que les auteurs ne sachent pas ou aient oublié les conditions auxquelles sera donné le prix Bréant, objet des convoitises de la plupart d'entre eux ! Peut-être cela tient-il à ce que nos commissions n'ont pas assez nettement formulé et assez souvent répété que, pour obtenir ce prix, il faut que le moyen ou les moyens proposés aient été employés sur un grand nombre de cholériques et aient réussi souvent, au moins quatre-vingts fois sur cent, qu'ils aient réussi non seulement entre les mains des inventeurs, mais aussi entre les mains de tous ceux qui les auront mis en usage, qu'enfin les succès aient été constatés dans un certain nombre de localités. Il faut, en un mot, que la notoriété publique ait reconnu à l'invention une valeur comparable à celle du traitement de la fièvre intermittente par le sulfate de quinine, des maladies douloureuses par l'opium, de la syphilis par le mercure.

« Que les gens du monde, et beaucoup sont atteints de la manie que nous signalait M. Charcot dans la dernière séance, de chercher des moyens de guérison pour les maladies graves, que les gens du monde, dis-je, ne connaissent pas bien toutes ces conditions qui attestent la valeur des moyens thérapeutiques, nous le comprenons ; mais que les vrais médecins les ignorent ou les oublient, cela nous paraît étrange. Nous avons, par exemple, dans ce dossier de la semaine dernière, trois travaux inspirés à des docteurs en médecine par des idées pathologiques acceptables. Deux sont relatives au traitement du choléra par le soufre, ce qui n'est pas absolument nouveau. Mais ce n'est qu'une proposition théorique et hypothétique ; ni les auteurs, ni personne autre n'ont eu l'occasion de donner aux cholériques le soufre *intus* et *extra*, de la façon dont ils le conseillent. Alors à quoi bon une publicité donnée à cette simple vue de leur esprit ?

« La même objection, malheureusement, s'adresse à celui des travaux de cette semaine qui nous paraît mériter le plus d'être pris en considération. M. le docteur Peyrusson, de Limoges, partant de cette idée si généralement admise, que le choléra est dû à des micro-organismes venus du dehors, a pensé, comme bien d'autres aujourd'hui, que

l'indication était d'empêcher ou d'arrêter l'action novice de ces micro-organismes, en les détruisant dans l'économie au moyen des antiseptiqnes. Il a songé d'abord à l'acide borique, dont il voudrait qu'on donnât 30 grammes chaque jour par la bouche. Il a songé surtout au biiodure de mercure qui, d'après le tableau de M. Miquel, est la substance la plus antiseptique, puisque 0 gr.,025 suffisent pour empêcher la putréfaction de 1 litre de bouillon. On pourrait donner ce médicament par la bouche ; mais M. Peyrusson pense avec raison qu'on aurait plus de chances de le faire passer dans le torrent circulatoire en l'injectant sous la peau. Il propose donc trois injections hypodermiques par jour de 0 gramme, 01 de biiodure mêlé à 0 gramme, 25 d'iodure de potassium pour 1 gramme d'eau distillée. Ici encore, ce n'est qu'une vue de l'esprit qui nous est soumise ; la commission ne doit s'occuper que des résultats acquis. »

A son tour, M. Marey rapporte que du 4 au 11 août, il a été envoyé à l'Académie une foule d'élucubrations ridicules ou affligeantes, mais il signale une brochure qui mérite d'être prise en sérieuse considération. Il s'agit d'un mémoire, écrit en 1832, lors de la première invasion du choléra en Europe et qui, malgré l'avis favorable de M. Chevreul, n'a pas suffisamment attiré l'attention du corps médical. Ce mémoire, réédité par M. le docteur Charles de Caudemberg, petit-fils de l'auteur, a vivement frappé la commission. L'auteur n'était pas médecin ; c'était un ingénieur habile dont le nom est resté célèbre. Son argumentation révèle un esprit rigoureux et une grande puissance d'induction. La conclusion de l'auteur est que la cause de la propagation du choléra est dans les déjections des malades, non seulement de ceux qui sont gravement atteints par l'épidémie, mais encore et surtout de ceux chez lesquels la maladie reste à l'état d'indisposition légère, et qui, circulant librement, transportent et disséminent la matière contagionnante.

L'auteur de cette brochure a fait preuve d'une grande sagacité lorsque, dès l'année 1832, il attribuait la contagiosité aux matières fécales des cholériques. Il a, de plus, devancé son époque en supposant que, dans ces matières, pouvait se développer quelque organisme vivant, cause immédiate de la contagion. C'est à ces points de vue surtout que votre commission signale la brochure de Girard de Caudemberg.

M. Hervé Mangon a rendu compte de la mémorable expérience accomplie le 9 août, par MM. les capitaines Renard et Krebs, sur la direction des ballons. Plusieurs personnes regrettent la publicité donnée à cette découverte. Elles ne réfléchissent pas qu'il était bien difficile dans ce cas de tenir la lumière sous le boisseau. Comment empêcher le vent de porter aux quatre coins du monde l'annonce d'une expérience couronnée de succès dans son propre domaine ?

M. Bouley a prononcé sur la tombe de M. Paul Theinard un discours des plus remarquables que nous regrettons de ne pouvoir, faute d'espace, mettre sous les yeux du lecteur.

COURRIER

Un des derniers numéros de l'Union médicale contient une liste de médecins qui ont reçu du gouvernement les palmes *d'officier d'Académie*. Dans cette liste on lit le nom de M[lle] Victorine Benoît, docteur en médecine à Paris. Ce fait rappelle naturellement les articles que l'Union médicale a publiés il y a quelques années sur le sujet de la femme-médecin. Or, l'auteur de ces articles citait une étudiante, qui avait été successivement nommée, au concours, externe puis interne des hôpitaux d'une grande ville des départements. La carrière professionnelle de cette doctoresse a présenté une évolution extrêmement accidentée et intéressante. On comprend qu'il n'est pas permis d'en livrer les détails à la publicité. Mais ce qu'on peut dire, et ce qui n'a pas le moins d'intérêt, c'est que la doctoresse a été choisie pour être le médecin d'un harem princier, et que ses appointements se sont élevés à la somme de cent à cent cinquante mille francs. C'était le bouquet de cette existence aventureuse. Cependant, si l'on en croit certains bruits, les affaires d'Egypte auraient troublé cette belle position ; mais le malheur aurait été réparé, ou serait sur le point de l'être, par un mariage de haute convenance.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

Accidents cérébraux et accès pernicieux sporadiques (1)

(Accès pernicieux masqués).

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans sa séance du 6 juillet 1884,

Par le docteur J. Besnier.

I

Telles sont nos deux observations. Elles sont remarquables surtout par les accidents cérébraux, qui ont été les phénomènes prédominants, aussi bien dans un cas que dans l'autre. Quelle interprétation donner à ces faits? S'agit-il bien ici d'accès pernicieux dans le vrai sens du mot, c'est-à-dire d'origine palustre ?

D'après les antécédents de nos malades, il est évident que chacun d'eux se trouvait, non seulement atteint d'une maladie chronique, mais encore dans des conditions morbides particulières qui les prédisposaient à des accidents cérébraux. En effet, le premier était un sujet âgé (69 ans), ancien militaire, appartenant à une famille d'apoplectiques, ayant eu lui-même quelques années auparavant une paralysie du bras droit avec embarras de la parole, et qui présentait en plus depuis quelque temps déjà des troubles notables du côté des facultés intellectuelles; troubles encéphaliques, qui, d'après sa paralysie antérieure et sa mort plus tard par une hémorrhagie cérébrale, doivent être attribués à un *état athéromateux des artères cérébrales.* Le second, également d'un âge avancé (73 ans), était de son côté *diabétique* depuis de nombreuses années et de plus *albuminurique*, comme cela se voit si souvent chez les diabétiques de longue date, et ainsi d'ailleurs que l'a révélé l'examen répété des urines. En prenant donc en considération ces conditions morbides, on est porté à regarder les accidents cérébraux, c'est-à-dire le délire et le coma, dont les malades ont été atteints, comme faisant partie des accidents secondaires auxquels ils étaient prédisposés ; et on y est d'autant plus porté que les troubles morbides intéressant le cerveau offrent, en général, quelles que soient leurs formes et leurs causes, les plus grandes variétés dans leur marche.

Mais si l'on se reporte à nos observations, on est frappé des caractères que les accidents en question ont présentés dans les deux cas ; caractères que nous devons rappeler ici en quelques mots :

1° Apparition plus ou moins brusque par crises ou accès de quelques heures de durée;

2° Retour périodique de ces crises à jours fixes et aux mêmes heures pour chaque malade; le soir et deux jours de suite (le 24 et le 25, le 27 et le 28), séparés par un intervalle de vingt-quatre heures de calme (le 26), chez le premier; dans la journée et deux fois par jour, chez le second (8 heures et 11 heures du matin).

3° Evolution particulière de chaque crise, qui débute par des frissons et de la fièvre, à laquelle se joint le délire ou le coma ; et qui se termine par des sueurs profuses, en même temps que la fièvre tombe et que les accidents cérébraux cessent pour ainsi dire brusquement, et font place à une détente générale plus ou moins prolongée.

4° Disparition de ces crises ou accès par le sulfate de quinine.

(1) Suite. — Voir le numéro du 30 août 1884.

Ces caractères ne sont autres que ceux des accès de fièvre paludéenne. Par leur ensemble ils éloignent toute idée de coïncidence ; et si les conditions morbides antérieures peuvent rendre compte de l'apparition des accidents cérébraux en eux-mêmes, il n'en est plus ainsi de leur marche, ni de leur disparition par la quinine. A plus forte raison ne rendent-elles pas compte des autres troubles morbides concomitants, tels que les frissons, la fièvre, les sueurs, qui représentent bien les trois stades de la fièvre palustre. Il nous paraît donc incontestable, qu'il s'agit ici de *fièvre intermittente à accès pernicieux, affectant la forme cérébrale;* et pour préciser affectant la forme délirante et le type double quarte dans un cas, la forme comateuse et le type quotidien doublé dans l'autre.

Je dirai même que ce diagnostic s'impose tellement, dans les deux cas, qu'il ne saurait être écarté, alors même que nous serions obligé de ranger ces faits, dans les cas très rares d'accès pernicieux contractés à Paris. Mais il n'en est pas ainsi, car, circonstance frappante, nos deux malades comme nous l'avons noté dans les observations, n'habitaient cette ville que depuis peu de temps, et c'est au loin qu'ils ont contracté leur intoxication paludéenne. Voici en effet les renseignements que nous avons pu recueillir *a posteriori* à ce sujet, pour chacun d'eux. Ils sont assez intéressants pour que nous ne les passions pas sous silence.

Le premier de nos malades, le sujet athéromateux, avant sa rentrée définitive en France avait dû faire plusieurs voyages rapprochés de Paris à Naples, à l'occasion d'affaires qui le préoccupaient vivement, et le mettaient dans de mauvaises conditions morales. Et c'est en quittant Orbitello, petite ville du littoral, située sur les limites des marais pontins, qu'il avait éprouvé le soir un premier malaise avec frisson, c'est-à-dire son premier accès de fièvre intermittente. Ce malaise, depuis son retour à Paris, et dans les premières semaines surtout, s'était répété de temps en temps et le soir également. Mais ces troubles passagers et irréguliers, suivis d'un sommeil de plusieurs heures la nuit et de journées satisfaisantes, avaient paru sans importance au malade, qui, rentré en France, était loin de penser à la malaria. Il en était de même de son entourage, qui était beaucoup plus préoccupé de la dépression intellectuelle, dont il donnait des signes. D'après ces renseignements, il ne nous paraît pas douteux que ce premier malade n'ait pris en Italie même, le germe de son intoxication paludéenne. Celle-ci a donné lieu d'abord, comme cela se voit assez souvent, à une fièvre mal réglée, qui, non traitée, a fait place, au bout de six semaines, aux accès pernicieux dont nous avons donné l'observation.

Chez notre second malade, les choses se sont passées autrement, et, au premier abord, l'origine de son intoxication paludéenne est plus discutable, bien que chaque accès ait aussi présenté chez lui bien nettement les trois stades réglementaires. Il n'avait pas été en pays étranger à fièvre palustre, et, comme nous l'avons vu, il n'avait jamais eu d'accès de fièvre intermittente. Mais Villemomble-le-Raincy, où il demeurait avant de venir à Paris, est une agglomération d'habitations (situées sur le chemin de fer de l'Est) bâties sur d'anciens marécages, et la maison qu'il occupait était en particulier dans le voisinage d'un endroit, connu sous le nom de Bois-Doré, où l'eau afflue partout dans le sous-sol à une très petite profondeur. Or, d'après les renseignements fournis par le docteur Piédalu, qui exerce au Raincy, la fièvre intermittente est dans cet endroit-là, non seulement fréquente, mais encore endémique ; elle s'y montrerait même souvent sous ses formes graves. Ce malade se trouvait ainsi, avant de venir à Paris, dans le voisinage d'un véritable foyer à fièvres palustres. Il y a donc tout lieu de penser que c'est là qu'il a pris l'intoxication paludéenne qui, chez lui, ne s'est montrée que quatre mois après son départ de Villemomble-le-Raincy.

Nous aurions donc ici affaire à un de ces cas, où la malaria ne se révèle

pour la première fois, que lorsque les sujets atteints se sont éloignés depuis plus ou moins de temps du foyer marématique. Ces faits sont connus ; sans être fréquents, ils ne sont pas très rares ; tous les auteurs en font mention. Ils s'observeraient même en grand à l'hôpital Steewens, où nombre de paysans irlandais, après avoir été faire la moisson dans certains districts marécageux d'Angleterre, sont reçus pour des accès de fièvre intermittente, qui se montrent chez eux pour la première fois, longtemps après avoir quitté le lieu des émanations palustres, et même pendant la convalescence ou après la guérison d'une maladie aiguë intercurrente (1). Ce même fait n'est pas sans rappeler ceux qui ont été cités, dernièrement encore, à la Société de chirurgie, par le docteur Vieusse (d'Oran), à la suite des communications si intéressantes du professeur Verneuil sur l'*influence du traumatisme sur les propathies diathésiques ou autres ;* et dans lesquels, il est question d'accès paludéens, et même dans un cas d'accès pernicieux, qui sont rappelés par un traumatisme opératoire ou accidentel, souvent léger, et qui surviennent parfois longtemps après la disparition des accès fébriles antérieurs (2).

Cette apparition tardive de la fièvre intermittente dépend, dans ces différents cas, moins de la cause elle-même, que des conditions particulières des sujets. « La réceptivité de l'organisme est variable, dit à ce propos le professeur Jaccoud, non seulement d'un individu à l'autre, mais chez le même individu suivant les époques et les diverses influences auxquelles il est soumis (3). »

Comme influences occasionnelles, nous trouvons chez notre second malade, comme chez le premier, des préoccupations vives, des chagrins de famille, qui le rendaient triste et facilement irritable ; de plus, une perte d'appétit, qui, persistant pendant plusieurs semaines, l'avait profondément débilité, et qu'on attribuait à son acclimatement à Paris ; influences légères sans doute, mais qui ne l'ont pas moins mis hors d'état de résister plus longtemps à l'intoxication paludéenne.

Les circonstances étiologiques, que nous venons d'indiquer, viennent donc se joindre aux symptômes si caractéristiques, présentés par nos malades, pour confirmer l'interprétation que nous avons donnée de leurs accidents, c'est-à-dire le diagnostic de fièvre intermittente d'origine palustre.

Pour compléter l'analyse de nos observations, il nous reste à examiner quelle a pu être la cause prochaine des symptômes particuliers et anormaux, qui sont venus se joindre à l'accès paludéen, et donner ainsi à la fièvre *son caractère pernicieux et sa forme cérébrale.* Lorsqu'il s'agit des accès pernicieux ordinaires, sporadiques ou endémiques, cette question de pathogénie reste le plus souvent insoluble; ce n'est, en effet, que dans quelques cas rares, qu'on a trouvé à l'autopsie des lésions en corrélation manifeste avec les symptômes observés pendant la vie. Ici, cette même question de pathogénie se pose autrement; elle revient à examiner quels ont pu être les rapports des accidents cérébraux de nos malades avec les conditions morbides, qu'ils présentaient antérieurement à ces accidents; et j'ajoute qu'ainsi posée, elle est pour ainsi dire résolue d'avance.

Nous avons vu, en effet, que le premier de nos malades était un sujet athéromateux, devenu *cérébral,* pour employer l'expression de Lasègue; chez lui donc le cerveau était la partie faible, *pars minoris resistentiæ*, et il en a subi les conséquences. Sous l'influence de la fièvre d'accès est survenu un certain degré de congestion cérébrale, qui lui-même a entraîné le délire dont il a été atteint. Nous devons ajouter ici que cet état cérébral, antérieur aux accès, ne peut être mis sur le compte d'une cachexie palustre

(1) Empis. *Incubation des maladies*, thèse d'agrégation, 1857, p. 38.

(2) Société de chirurgie, séance du 1er août 1883, in *Union médicale*, nº 115, 14 août 1883, p. 268.

(3) Jaccoud. *Traité de pathologie interne,* 1879, t. II, p. 566.

insidieuse, comme on en observe quelquefois dans les pays paludéens, et qui aurait déterminé des lésions spéciales, et notamment une accumulation exagérée de pigment dans le sang, et en particulier du côté du cerveau. Non seulement ce malade n'avait passé relativement que peu de temps en pays palustre, mais encore il avait le facies empourpré et un tempérament sanguin, et n'offrait ainsi aucun des attributs de la mélanémie. Nous insistons sur ce fait, parce que, d'après quelques observations de Heschl, de Planer, certains accès pernicieux à forme cérébrale, et en particulier la forme maniacale (Neimeyer), tiendraient à des amas pigmentaires dans les capillaires et la couche corticale du cerveau. Il est possible qu'il y ait eu aussi, dans ce cas à la rigueur, amas de pigment sanguin dans les capillaires cérébraux, puisqu'il est admis aujourd'hui que, dans tout accès de fièvre intermittente, il y a un certain degré de mélanémie; mais ce qui nous paraît incontestable, c'est que cette localisation du côté du cerveau était tout particulièrement favorisée chez ce malade par les mauvaises conditions, dans lesquelles se trouvait la circulation cérébrale, et qui se traduisaient par les troubles encéphaliques, dont il était atteint et qui étaient liés à son état athéromateux, lequel était bien antérieur à ses accès pernicieux et ne saurait être rattaché à la malaria.

Quant au second malade, nous avons vu également qu'il était diabétique et albuminurique; comme tel, il était donc prédisposé à l'urémie et à tous ses accidents, et notamment au coma urémique, si fréquent dans ces conditions. Et, de fait, c'est bien un coma urémique qu'il a présenté, comme le témoignent la suppression presque complète des urines, et l'abaissement du taux de l'urée excrétée pendant les accès et même dans leur intervalle. Ces phénomènes, il est vrai, ne s'observent pas dans la fièvre intermittente commune, dans laquelle au contraire les urines sont plus abondantes et plus chargées d'urée que dans l'état normal. Mais ils ne sont pas rares dans les accès pernicieux; et Frerichs notamment, dans l'épidémie de fièvres intermittentes graves qu'il a observée à Breslau, cite un certain nombre de faits où ils existaient, et s'accompagnaient même d'albuminurie (1).

Chez ce malade, les accidents cérébraux relevaient donc *d'un coma urémique d'origine palustre*, c'est-à-dire déterminé par ses accès de fièvre intermittent; chez lui, il y a eu une localisation de la malaria du côté de ses reins, localisation favorisée par les conditions morbides, dans lesquelles ces organes se trouvaient antérieurement à ses accès. Notons encore ici que, pas plus que notre premier malade, il n'offrait les symptômes d'une cachexie paludéenne. D'autre part, il était diabétique depuis longtemps; par suite, le sucre constaté dans ses urines après ses accès ne peut être mis sur le compte d'une de ces glycosuries passagères ou persistantes, d'origine palustre, comme le docteur Burdel (de Vierzon) en a observé quelques cas, à la suite *d'accès répétés* de fièvre intermittente (2). Enfin, six semaines après la période des accès, et alors que le malade était revenu à son état habituel, l'albumine a été retrouvée conjointement avec le sucre dans les urines, à la dose déjà notable de 0 gr. 25 par litre; ce qui prouve bien que si l'albuminurie a augmenté au moment des accès, elle était néanmoins antérieure à ces derniers. D'ailleurs les relations étroites de l'albuminurie avec le diabète, surtout lorsqu'il s'agit de diabète ancien, mettaient déjà pour ainsi dire ce fait hors de contestation.

Il résulte de ce qui précède, que, quelque légers que fussent les troubles divers, occasionnés par la maladie chronique, dont chacun de nos malades était atteint avant son intoxication paludéenne; cette même maladie n'en avait pas moins déterminé chez eux et insidieusement des conditions morbides particulières, qui favorisaient les manifestations de la malaria et sa

(1) T. Frerichs. *Traité pratique des maladies du foie et des voies biliaires*, p. 507.
(2) Burdel. — *De l'impaludisme dans ses rapports avec la glycosurie et les traumatismes.* (In *Union médicale*, n° 36, 16 mars 1882, p. 422.)

localisation, chez l'un du côté du cerveau, chez l'autre du côté des reins, et qui, par là même commandaient l'apparition d'accidents graves et étrangers à l'accès, et notamment d'accidents cérébraux.

Ainsi s'explique, pour nous, ce fait tout exceptionnel, et je dirai paradoxal, à savoir : qu'une intoxication paludéenne contractée au loin, ne se révélant que tardivement et partant légère, ait pu donner lieu d'emblée à des accès pernicieux à forme délirante et à forme comateuse ; c'est-à-dire aux formes les plus graves de la fièvre intermittente ; formes qui ne se voient pour ainsi dire que dans les localités palustres ; et qui par là même supposent toujours, en apparence du moins, une intoxication vive et profonde de l'économie.

Ainsi s'explique d'autre part, ce fait non moins frappant, que, dans ces cas, les accès pernicieux rappelaient, par la modalité de leurs phénomènes anormaux, les accidents secondaires particuliers auxquels les malades étaient prédisposés par le fait de leur maladie propathique. Ces accès ont ainsi pris le masque de cette dernière, masque d'ailleurs infidèle, puisque les autres troubles morbides concomittants leur appartenaient bien en propre et ont permis de les reconnaître.

En résumé : maladies chroniques, ou états morbides bien définis et intéressant des organes essentiels à la vie, ici le cerveau, là le rein, et par là même prédisposant les sujets, mais par un mécanisme différent, à des accidents cérébraux, et cependant assez légers pour permettre à ces malades de vaquer à leurs occupations ordinaires. Et d'autre part, accès pernicieux à formes cérébrales, brusques dans leur apparition, dangereux par eux-mêmes et survenus tardivement à la suite d'une intoxication paludéenne, contractée dans un cas en Italie, et dans l'autre aux environs de Paris : telle est en quelques mots l'histoire de nos deux malades. *(A suivre.)*

Du doigt à ressort.

Communication faite à la Société de médecine dans la séance du 5 juillet 1884.

Par M. Charpentier, médecin-adjoint de la Salpêtrière.

Observé tout d'abord par Nélaton et Notta (de Lisieux), puis par M. Blum et M. Dumarest (de Lyon), le doigt à ressort a été récemment l'objet d'une étude approfondie et complète par le docteur Marcano dans le *Progrès médical* (nos 16, 17, 19 de 1884) et d'une courte et intéressante revue de M. Notta fils dans l'*Union médicale* de la même année.

Le nombre des cas observés jusqu'à présent est de 36 ; mais nous sommes porté à croire que c'est une affection plutôt méconnue que rare, car depuis six mois que notre ami M. Marcano a bien voulu nous montrer une des malades dont il a publié l'observation, nous avons pu en observer deux cas que nous venons soumettre à votre examen, en vous demandant la permission de nous dispenser de refaire l'histoire de cette affection.

Nos deux malades appartiennent au sexe masculin, sexe chez lequel l'affection a été bien plus rarement constatée ; tous deux ont dépassé la cinquantaine, tous deux ont des professions manuelles ; l'un est cordier, l'autre pontonnier, chargé de tirer en pressant sur les varlets, c'est-à-dire sur les cordages destinés à amarrer les bateaux. Dans les antécédents morbides de chacun, nous trouvons des bronchites congestives, des hémorrhoïdes, un développement des veines des membres inférieurs, et même le pontonnier présente un vieil eczéma variqueux symétrique avec œdème à répétition. Chez tous deux l'affection siège à la main gauche et est plus marquée le matin.

Voici les particularités individuelles :

Le cordier, 55 ans, qui nous consulte depuis trois mois pour une dimi-

nution des forces, amaigrissement, sueurs abondantes et douleurs vagues disséminées, ne remarque son affection locale que depuis un mois ; elle occupe le pouce ; le mouvement de flexion s'accomplit facilement tandis que le mouvement d'extension éprouve un gêne momentanée, due à ce que la phalange unguéale s'arrête un instant en flexion sur la phalange méta-carpienne, puis se redresse subitement comme un ressort dans le mouvement d'extension avec une sensation de craquement perçue par le malade et par la main, surtout si celle-ci est appliquée au devant du tendon fléchisseur du pouce au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne ; ici on trouve une nodosité un peu mobile, résistante, de consistance fibreuse, non adhérente à la peau, arrondie et un peu aplatie, de la grosseur d'un pois, peu sensible à la pression ; si, le pouce étant fléchi, la main appuie légèrement sur cette nodosité, le craquement brusque est nettement perçu pendant le mouvement d'extension, quand le mouvement de ressort a lieu, car le phénomène n'est pas constant ; mais avec une pression plus ferme, souvent l'extension se fait lentement et sans mouvement de ressort.

Nous trouvons de plus, chez ce malade, un épaississement aponévrotique en forme de brides verticales, au creux palmaire, dans la direction du médius qui, légèrement infléchi, est limité dans ses mouvements de flexion et d'extension, mais n'offre aucun phénomène de ressort. A la main droite, même épaississement fibreux sur le pli palmaire supérieur de l'annulaire, entraînant une gêne analogue dans les mouvements du médius et de l'annulaire.

Chez le deuxième malade, le pontonnier, l'affection occupe l'annulaire gauche, date de deux ans, et paraît diminuer depuis quinze jours que le malade se repose ; il est venu nous consulter pour des troubles dyspeptiques. Chez ce malade, il y a accord dans les deux temps, flexion et extension, quand la phalangine veut glisser sur la phalange métacarpienne, mais le mouvement de ressort n'est visible que dans l'extension et est bien plus apparent que chez le malade précédent ; la sensation de craquement se produit dans les mêmes conditions, quand on appuie sur une nodosité ayant les caractères déjà décrits, mais siégeant au niveau du pli palmaire supérieur, dans l'axe de l'annulaire ; il n'y a pas de brides aponévrotiques épaissies ; le mouvement d'extension est parfois tellement difficile que le malade est obligé de prendre son doigt avec l'autre main pour l'étendre ; une pression intense, la répétition prolongée du mouvement, le font souvent disparaître. Notons que ce malade présente une petite bourse séreuse, faisant hernie parfois au poignet droit, et a eu un petit kyste de même origine au poignet gauche et qui a disparu par écrasement.

Nous avons pensé, Messieurs, qu'en raison de leur rareté relative, il pouvait y avoir intérêt à vous soumettre ces deux cas et vous en faire l'exposé, en évitant de nous livrer à toute réflexion ou déduction sur ce sujet.

BIBLIOTHÈQUE

Exposé historique et statistique des épidémies de choléra asiatique dans le Morbihan. Manifestations de 1832, 1834, 1849, 1854, 1865, par le docteur Alph. Mauricet, secrétaire du conseil d'hygiène et de salubrité du Morbihan, etc. Vannes, 1884.

L'étude de cet exposé, qui a pour base la réunion des pièces officielles des diverses époques indiquées, peut conduire à des déductions utiles. Les recherches de notre confrère ont mis entre ses mains des dossiers intéressants, et l'on doit le louer de la bonne idée qu'il a eue de les rassembler et de les rendre publics.

Parmi ces pièces, on ne peut pas lire sans émotion le rapport très remarquable du sieur Le François, lieutenant d'ordre des douanes, au Préfet du Morbihan. Ce document

commence ainsi : « PORT-NAVALO, le 18 novembre 1832. — Monsieur le Préfet, le choléra-morbus a entièrement disparu de la commune d'Argon ! Cet heureux résultat est dû surtout aux secours alimentaires que vous avez bien voulu accorder aux malheureux. Si la médecine a combattu la maladie chez les individus qui en étaient atteints, la nourriture en a empêché l'invasion chez ceux qui *mouraient de faim en silence* et elle s'est éteinte quand elle n'a plus trouvé sa proie d'affection, la Misère... » Ainsi, en plein XIXe siècle, il y a des Français qui meurent de faim! N'y a-t-il pas dans cette simple et triste phrase un immense enseignement ! Plus loin, le digne rapporteur nous dit : « ... J'en connais (des familles) chez lesquelles il n'est entré, depuis deux ans, qu'un écu de six francs ! » Ce rapport mérite d'être lu par les détails intéressants qui le remplissent.

Quand on passe en revue les pièces réunies par notre confrère de Vannes, on est amené à cette conclusion, qu'il est en effet bien difficile de rien établir de précis sur le degré de contagiosité et sur le mode de propagation du choléra. A ce sujet, je citerai les faits suivants consignés dans un rapport du sous-préfet de Lorient : « Le premier cas de choléra qui a eu lieu à Lorient, le 22 juin 1832, était sur un capitaine de commerce venant de Brest et Quimper, pays infectés, son second fut malade, un troisième cas *absolument isolé des précédents* se manifesta. Du 22 juin au 22 septembre, les cas furent éloignés et isolés. Du 22 septembre, jour de la véritable invasion, le mal fit des progrès très lents, puisque le 6 octobre, il n'y avait encore que 26 malades et 12 décès. C'est dans un orage violent, accompagné d'un coup de vent de sud-ouest, que la maladie prit une subite intensité ; le 3me jour, le nombre des cas était de 30 et les décès de 12... C'est dans ce même orage que la maladie s'est déclarée à Gâvres (Port-Louis)... » Cette action atmosphérique brusque ne mérite-t-elle pas d'être méditée? Une dernière remarque. Un honorable médecin de Vannes établit que la maladie a toujours débuté dans la classe indigente, chez des gens vivant dans la misère et la saleté. De cette classe, elle a bientôt passé dans la classe opulente, où des conditions opposées excessives ont été une cause prédisposante. La classe atteinte la dernière, en moindre nombre, avec un caractère moins grave, a été la bourgeoisie, « cette classe qui commet le moins d'excès... »

On voit que la publication de M. le docteur Mauricet est loin d'être sans intérêt en ce moment. G. R.

MANUEL PRATIQUE DES MALADIES DE LA PEAU, par P. BERLIOZ, professeur à l'Ecole de médecine de Grenoble. — Paris. O. Doin, 1884.

L'utilité des manuels n'est plus discutable; le succès de ceux qui sont consacrés à la pathologie interne, à la pathologie externe et à l'hygiène suffit à la démontrer. A côté des traités *ex professo* dans lesquels les questions sont étudiées à fond, il est bon d'avoir des exposés succincts, concis et clairs qui en donnent en quelque sorte le schéma, permettent à l'étudiant de s'en faire une idée nette et en rappellent au médecin les traits essentiels. La rédaction de ces ouvrages n'est pas sans offrir de sérieuses difficultés : en ce qui concerne la conception générale du sujet, le plan, les classifications, elles sont les mêmes que pour un Traité complet; dans les descriptions spéciales, il faut savoir mettre en relief tous les traits essentiels sans se perdre dans le détail; il nous serait facile de citer à ce point de vue des manuels qui peuvent être considérés comme de véritables chefs-d'œuvre.

Le livre de M. P. Berlioz vient prendre à leur suite une place honorable. On voit que l'auteur a étudié son sujet à l'école des bons maîtres, et qu'il a particulièrement mis à profit l'enseignement de l'hôpital Saint-Louis; il a résumé les connaissances relatives aux diverses affections cutanées aussi bien qu'on peut le faire sous une forme systématiquement écourtée.

Les critiques dont l'ouvrage nous paraît susceptibles s'adressent surtout au plan suivant lequel il est conçu. L'auteur le divise en trois parties qu'il intitule : *Pathologie générale*, *Pathologie spéciale* et *Rapports des dermatoses avec les diathèses;* cette manière de faire est évidemment fautive; l'étude des diathèses rentre dans celle des causes des dermatoses; l'auteur aurait dû la comprendre dans sa première partie.

La classification des affections cutanées est également fort défectueuse; les six classes qu'admet l'auteur sont rangées sous les titres suivants : *Affections non inflammatoires*; — *Affections inflammatoires;* — *Néoplasmes;* — *Affections spécifiques*; — *Névroses cutanées;* — *Dermatoses parasitaires*.

On voit que les unes sont caractérisées par le processus qui leur donne naissance, d'autres par leur pathogénie, d'autres par leur cause; ce sont là des éléments de nature différente, non comparables et incapables, par conséquent, de fournir les bases d'une classification. D'autre part, peut-on définir un groupe d'affections par un caractère négatif, leur nature non inflammatoire? Et si on l'admettait, ce groupe ne devrait-il pas

comprendre toutes les affections que l'on peut qualifier ainsi, et par conséquent les quatre dernières classes de M. Berlioz ?

La partie intitulée : *Pathologie générale* soulève également diverses objections. C'est ainsi, par exemple, que l'auteur, confondant les diathèses avec les maladies générales, réunit dans un même groupe l'arthritisme et la syphilis, la lèpre et la scrofule ; c'est là, à notre sens, une manière de voir tout à fait erronée, car l'arthritisme et la scrofule constituent des prédispositions morbides, et non des maladies, et les infections chroniques, très probablement parasitaires, n'ont guère de commun avec elles que leur chronicité.

Le livre se termine par un formulaire qui, bien que nécessairement très incomplet, peut fournir au praticien d'utiles indications.

H. HALLOPEAU.

ETUDE SUR LA PATHOGÉNIE DES NÉVRALGIES, par le docteur Louis QUERMONNE. — Paris, 1884, Lecrosnier.

Ce mémoire inaugural a été inspiré par les travaux et les opinions de M. le professeur Charcot. Pour l'auteur, toute névralgie est symptomatique d'une lésion anatomique des cordons nerveux. Il divise les névralgies en trois groupes caractérisés par des symptômes plus ou moins étendus.

Les névralgies périphériques sont bien limitées le plus souvent, les névralgies *plexiformes* où des paires rachidiennes se présentent sous forme de manifestations plus diffuses, et enfin les névralgies de cause centrale sont remarquables par leurs points douloureux apophysaires, leurs déterminations multiples et mobiles, ainsi que par leurs irradiations. Le mémoire de M. Quermonne fait honneur à son auteur et à l'Ecole de la Salpêtrière dont il est un des élèves distingués. — C. E.

REVUE DES JOURNAUX

La vaccination charbonneuse en Russie. — Dans un discours prononcé au Congrès des *éleveurs de moutons,* le professeur Zenkowsky communique les faits suivants sur la vaccination des moutons par le procédé de M. Pasteur :

M. Zenkowsky, ayant apporté de France, du laboratoire de M. Pasteur, du liquide contenant des spores charbonneuses, fit dans son laboratoire de botanique la culture de ce virus, dont il se servit ensuite en 1883 pour des expériences. Celles-ci lui donnèrent les résultats les plus satisfaisants : sur 11 brebis (race mérinos) 2 fois vaccinées et infectées ensuite par un fort virus, aucune ne périt; tandis que les brebis de contrôle qui n'avaient pas été vaccinées par le virus atténué, mais avaient subi l'infection charbonneuse par l'inoculation du même virus, périrent toutes trente heures après l'introduction du poison dans l'organisme. Les brebis de la Russie méridionale ne présentent donc pas de particularités qui puissent empêcher de leur appliquer la vaccination charbonneuse. Etant théoriquement persuadé que le virus français ne diffère en rien du virus russe, le professeur Zenkowsky voulut faire partager aux autres ses convictions et entreprit dans ce but une série d'expériences avec le virus provenant du sang charbonneux d'un animal mort dans le midi de la Russie. C'est à l'obligeance du docteur vétérinaire Woznesensky (de Nikolaïeff) qu'il a dû ce sang infecté par le virus. Ces expériences ont démontré l'identité absolue des virus russe et français : le virus russe se cultive aussi facilement dans les liquides nourrissants, tue les animaux également vite ou lentement, selon la quantité de virus et son mode de culture, la saison et l'état de santé de l'animal; il s'atténue et donne le vaccin, et ne présente aucune différence physiologique avec le virus français.

Ayant obtenu ces résultats, M. Zenkowsky se mit à étudier la question de l'immunité acquise par l'animal à la suite de la vaccination charbonneuse. Quelle serait la durée de cette immunité? 11 brebis, ayant subi en 1883 toutes les épreuves, et 10 autres ayant acquis l'immunité par des expériences préventives, ont passé dans ce but une année dans une ferme. Deux de ces animaux moururent à la suite de maladies étrangères à l'infection charbonneuse; de 19 qui restaient, 12 ont été réservées pour servir à déterminer le terme de l'immunité, et 7 ont été destinées à un autre but. Les brebis vaccinées en 1883, à l'exception d'une seule, ont triomphé de cette épreuve, tandis que 2 brebis de contrôle périrent, l'une trente, l'autre trente-six heures après l'infection par le virus intense, toutes étant inoculées par le même virus et au moyen du même injecteur.

L'autopsie, faite par le docteur Sadowsky, démontra que la mort avait été le résultat du charbon. La mort de la seule brebis vaccinée qui succomba fut expliquée par la présence du vibrion septique à côté du bacille charbonneux; le professeur Zenkowsky suppose que l'animal n'a pas été en état de lutter contre deux virus à la fois, et qu'il aurait guéri sans l'infection purulente surajoutée au charbon. En admettant qu'elle eût péri du charbon, la mortalité serait encore de 8 1/3 p. 100, tandis que la mortalité des brebis non vaccinées est de 10 p. 100; on risque donc de perdre à la fin de l'année seulement 5/6 p. 100. Le compte rendu de M. Rossignol donne en France une mortalité beaucoup plus grande : dans ce pays, à la fin de l'année, on risque de perdre 20 brebis vaccinées pour 100. Il en résulte qu'on aura en France une mortalité probable double de celle qu'on peut craindre en Russie.

Comme conclusion, M. Zenkowsky admet qu'à la suite de deux vaccinations charbonneuses, les brebis acquièrent une immunité de la durée d'un an. (*Wratsch*, n° 27; 1884.)

D[r] Olga KRAFT.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON PENDANT LE PREMIER TRIMESTRE DE 1884.

Par le nombre et la variété des communications, ainsi que par le zèle de ses membres, les séances de cette Société sont toujours bien remplies.

En janvier dernier, M. PERNOT a signalé une maladie professionnelle des plus intéressantes. Il s'agit d'érythèmes des yeux, des bronches, du larynx et de la peau, produits par des chenilles spéciales que l'on rencontre dans les dépôts d'os. Ces chenilles sont probablement des larves de darmeste dont les poils voltigent à l'air avec la plus grande facilité quand on remue les dépôts d'os en putréfaction, ou bien pendant la manutention des wagons chargés de ces produits. En 1883, M. Pernot a observé 209 cas de cette maladie dans l'espace de deux mois.

Dans la séance suivante, MM. Ed. BOINET et Th. DEPÉRET donnaient lecture d'un mémoire *Sur le bouton de Gafsa au camp de Sathonay* (1). Cette épidémie, rapportée du sud de la Tunisie par des soldats du 38e de ligne, a duré plusieurs semaines, s'étendant, malgré les différences climatériques et hygiéniques, à des hommes jusque-là restés indemnes et même à un soldat venu de Saint-Étienne. Cette maladie est une des variétés du clou de Biskra, qu'en raison de sa durée moins longue et de sa faible gravité, on doit considérer comme une forme atténuée de cette affection.

En poursuivant leurs recherches expérimentales, MM. Boinet et Depéret, constatèrent nettement sa transmissibilité par contagion et par inoculation chez l'homme auquel une première atteinte ne confère aucune immunité; chez les animaux, les résultats sont nuls pour quelques espèces, donnent seulement des résultats incomplets pour d'autres, excepté toutefois pour le cheval où ils sont moins douteux. L'examen histologique ayant fait reconnaître la présence de plusieurs micro-organismes, il fallait déterminer celui d'entre eux, qui possédait les propriétés pathogènes. Dans ce but, des cultures furent faites et les observateurs constatèrent que la cause de la maladie n'est pas un dermophyte comme l'affirmaient naguère MM. Vandyke Carter et Weber, mais bien un micrococcus isolable et cultivable.

C'est encore une question d'actualité que celle de la *tuberculose pulmonaire anthracosique*. Dans plusieurs articles publiés par le *Lyon médical*, M. R. TRIPIER a repris l'étude de cette maladie, et, par une présentation de pièces pathologiques, à la savante Société lyonnaise a montré le poumon d'un mineur qui venait de succomber à un cancer de l'estomac. Le tissu plumonaire était infiltré de charbon et cependant exempt de produits tuberculeux. C'est donc une tuberculose intercurrente et non l'infiltration charbonneuse qui tuerait dans l'anthracosis.

En février, les séances ont été occupées par une communication de M. LÉPINE *Sur un cas de pouls lent chez un malade épileptique*, qui avait constamment 40 pulsations à la radiale et 40 pulsations au cœur; par des présentations de M. POLOSSON et de M. RAFFIN, internes des hôpitaux de Lyon : l'une de pièces pathologiques provenant d'un paralytique général atteint de fractures et de lésions rénales, probablement infectieuses et con-

(1) *Lyon médical*, 20 avril 1884.

sécutives au cathétérisme; l'autre d'un malade sur lequel, il y a deux ans, M. Tripier pratiquait l'amputation de Pirogoff; — et enfin par une lecture de M. Humbert MOLLIÈRE *Sur l'élévation de la température centrale et les exacerbations fébriles chez les chlorotiques.*

Ce mémoire marquera certainement dans l'histoire de la chlorose. Il établit l'existence de cette fièvre et détermine ses caractères; en effet, elle est continue et persistante, différente par conséquent des accidents intermittents fébriles des anémiques. De plus, on peut se demander si cette fièvre n'est pas le résultat d'une rétention de la chaleur, par suite de l'action sur les capillaires périphériques d'un sang pauvrement oxygéné, puisque l'élévation thermique centrale coïncide avec la diminution de la coloration de la peau. Au reste, dans la discussion, MM. Lépine et Lannois ont su rendre hommage à ces remarquables recherches cliniques de M. H. Mollière. C'était justice.

En mars 1884, M. CHAUVET a publié des observations thermométriques prises sur lui-même dans le but d'étudier *la marche de la température sous l'influence des bains tièdes.* Il a constaté que la température cutanée, suit une marche inverse de la température centrale. L'écart varie de 1°,5 et 3 dixièmes à 2 degrés. Au moment de la sortie du bain, l'évaporation du liquide humectant la surface du corps produit un brusque abaissement thermique. Ces différences sont probablement sous la dépendance d'actions réflexes.

Sur un sujet bien familier à sa longue expérience clinique, je veux parler des *déviations de la colonne vertébrale*, M. PRAVAZ expose des conclusions dictées par une grande habitude de ces déformations. D'après l'habile chirurgien lyonnais, les circonstances qui influent sur la gravité des scolioses sont surtout le mauvais état général, les dyscrasies, la chlorose, l'ancienneté de la déformation, la parésie des muscles spinaux, la forme et enfin le siège de la déviation. Au contraire, on peut espérer la guérison quand le sujet est d'une santé relativement bonne, que la maladie débute avec la puberté, résulte d'un défaut de plasticité du système osseux, ou que la gibbosité occupe ce qu'on peut appeler son lieu d'élection.

En terminant, je mentionnerai encore des observations d'*asphyxie locale des extrémités supérieures chez une femme athéromateuse*, par M. BOUVERET; de *ramollissement sous-cortical ayant donné lieu à des phénomènes d'épilepsie jaksonnienne*, par le même savant médecin et par son interne, M. EPARVIER; ainsi qu'une note de M. ARLOING, établissant, d'après les expériences de MM. R. Pictet et Yung (de Genève), la résistance des bactéries, des cryptogames, des graines et des œufs de petits animaux à des températures de — 76 et — 130 degrés, continuées pendant un espace de temps de vingt ou de quatre-vingt-huit heures. Ces recherches ont une réelle importance au point de vue des doctrines microbiques et la conservation des germes morbigènes. — C. L. D.

HYGIÈNE PUBLIQUE

L'HYGIÈNE EN ALGÉRIE ET LES TRAVAUX DES CONSEILS DE SALUBRITÉ DU DÉPARTEMENT D'ALGER.

L'autre jour, après M. le docteur Arnould, nous signalions le peu d'empressement des médecins du département du Nord à déférer aux demandes administratives de renseignements sur l'hygiène et les épidémies. Ce reproche serait donc également vrai de l'autre côté de la mer Méditerranée, et le regret qu'exprimait le Secrétaire général du Comité central de Lille, est aussi celui de M. Bertherand, Secrétaire général du Conseil de salubrité du département d'Alger, dans lequel deux Conseils d'arrondissement sur cinq et trois commissions sur treize ont seuls fourni des informations au distingué rapporteur.

Néanmoins, le mémoire de ce dernier contient d'intéressants documents sur l'hygiène de la colonie. Et d'abord ce sont les analyses des communications de MM. SANTELLI, MARCAILHOU D'AYMÉRIC, BUREAU, SEGUY, PÉCOURT, PRENGRUEBER, ALFONSI, DESTIVAL et DURAND sur les causes de l'insalubrité de nombreuses localités.

Ici, l'ennemi permanent et acharné est la malaria avec ses plus fatales conséquences, mais, on ne saurait trop le répéter, l'arme pour la combattre a été mise entre les mains des médecins du pays par le savant, toujours vaillant et ancien président du Conseil de santé des armées, M. le docteur Maillot. Il faut ajouter cependant que les tentatives d'assainissement autrefois trop isolées se multiplient dans la province d'Alger et donnent de réels succès. A Palestro, par exemple, malgré le voisinage de la rivière et un drainage imparfait, dix mille eucalyptus ont été plantés, et sous leur influence, les conditions sanitaires se sont améliorées. Ici donc, comme au couvent de la trappe de Staouéli, c'est

avec le plantoir du forestier autant qu'avec la pioche du draineur que le colon améliore l'hygiène et combat l'insalubrité du pays. C'est néanmoins, et malgré leurs efforts, la fièvre intermittente dans ses diverses manifestations qui fournit le contingent le plus élevé de malades aux diverses statistiques de morbidité.

Si la question du paludisme domine toute la pathologie algérienne, celle de la prostitution tient une large place dans l'hygiène sociale de la colonie. Le département d'Alger compte 1,256 filles, dont 551 sont en maison, 617 isolées et 88 se livrent clandestinement à l'industrie sexuelle.

En comparant la morbidité des filles en maison avec celle des prostituées clandestines, on constate que la première est dans la proportion de trois sur cinq, et la seconde dans celle de sept sur huit. Vraiment, il ne serait pas inutile de faire séjourner pendant quelques semaines dans ce pays si fécond en maladies vénériennes les apôtres les plus convaincus de la liberté de la prostitution. Pourquoi donc ne pas les convier à un Congrès chez les Ouled-Naïl de la province d'Alger, les Barbachas de l'arrondissement de Bougie, ou bien dans quelques tribus de l'Aurès, ou aux environs de Bone ? Ils s'y rendraient peut-être compte de la facilité avec laquelle se propage la syphilis parmi les femmes arabes et au moyen de jeunes filles dont beaucoup n'ont pas même 13 ans. Il y a là, pour ceux de nos édiles parisiens qui ont pris à tâche l'abolition des visites sanitaires, un champ d'études.... ou de syphilis à cultiver ! Ils seraient peut-être alors convaincus, avec nos confrères BOUTELOUP, LE PROVOST (d'Orléansville) et ESQUIVE (de Ténès), de la nécessité, par des visites plus sévères et plus fréquentes, de prévenir l'extension si rapide et si funeste de la syphilis en Algérie comme ailleurs.

Si la prophylaxie vénérienne y laisse beaucoup à désirer du fait de l'état social et administratif, la vaccination se propage chaque année avec rapidité par les efforts constants de nos dévoués confrères. Qu'on en juge par les chiffres suivants : M. LAFON (d'Aïn-Bessim) compte 3,717 vaccinations pour l'année; M. ALFONSI (de Dra-el-Mizan) en a 3,695; M. BOUTELOUP, 1,012; M. COLLARD, 456; M. JOUBERT, 426; M. PENGRUEBER, 887. Ce sont là quelques exemples seulement, car, pour être exact, il faudrait citer encore les statistiques d'un plus grand nombre des estimés vaccinateurs de la colonie.

Une autre cause plus redoutable de la dépopulation, d'après le docteur FOURNIER, est l'alcoolisme, « cette plaie de l'Algérie plus meurtrière que toutes les épidémies réunies. » Dans le but de suppléer à l'insuffisance et à l'inobservation de la loi sur l'ivresse, aussi mal respectée qu'en France, notre zélé confrère a essayé d'instituer des conférences publiques d'hygiène à Rovigo « où, paraît-il, on absorberait une moyenne quo-« tidienne de quatre cents petits verres qui, à quinze centimes l'un, représentent une « dépense annuelle de vingt-deux mille francs, soit de quoi nourrir largement vingt-deux « familles ou secourir bien des malheureux. » La philanthropique initiative de M. Fournier mériterait bien, il me semble, les encouragements de la Société contre l'abus des liqueurs fortes. Espérons donc que cet enseignement moralisateur, digne d'être imité dans la mère-patrie, fera plus pour vaincre les habitudes d'ivrognerie que ce que la loi répressive n'a pu faire encore jusqu'à ce jour !

Un autre facteur pathogénique redoutable, et que signalent quatorze commissions d'inspection, est la mauvaise qualité des denrées alimentaires, leur altération et leur falsification. C'est ainsi que, par une tolérance aussi redoutable en Algérie qu'en France, nos concitoyens d'Afrique boivent à l'Alma du sirop de groseilles composé d'une solution de fuschine dans l'eau sucrée, à moins qu'ils ne préfèrent acheter à Orléansville, sous le même nom, un semblable liquide coloré par la cochenille ! Ailleurs on met en vente des beurres salicylés venant d'Europe, ou bien des bonbons à base de glucose et de fécule de pomme de terre, des pâtes alimentaires colorées à l'aniline jaune, ou bien du safran qui, en fait de *crocus*, n'est autre que la fleur d'une liparia indigène. Vraiment, il est à croire que les fraudeurs européens colonisent l'Afrique !

Cependant, si le génie de l'homme s'efforce de créer des causes morbigènes, il faut convenir que l'Algérie possède aussi des ressources thérapeutiques puissantes dans ses eaux minérales, M. le docteur GARIEL fait connaître la prospérité et la faveur que possèdent les eaux d'Hamman-Rira, dont on a souvent observé l'efficacité contre l'arthritisme, la goutte, le rhumatisme, le paludisme rebelle ou l'anémie et dont le climat est si utile aux phthisiques. Là, du moins, ils trouvent la vie en plein air, sur un plateau de 600 mètres d'élévation, rafraîchi par la brise de mer et dans une atmosphère saturée des émanations résineuses des forêts voisines. Dans cette station, on s'efforce d'améliorer les installations balnéaires et l'établissement thermal. Malheureusement, aux sources d'Hamman-Malouane, d'après le docteur Fournier, il n'en est pas de même, et pour l'utilisation de ces eaux on attend encore les encouragements des pouvoirs publics !

En terminant, il faut signaler parmi les mémoires qui font honneur au corps médical

du département, l'étude de M. Pengrueber sur la morbidité comparée des ouvriers, au nombre de 2,500 à 3,000, des chantiers du chemin de fer d'Alger à Constantine. Il montre les différences dans la résistance sanitaire, les maladies et l'aptitude au travail des races et des nationalité diverses. Les nègres, les Kabyles, les Arabes, résistent mieux aux influences malariques, aussi, en 1882, aucun d'eux n'a été hospitalisé; les Italiens et les nègres sont les plus aptes à contracter la syphilis; les Espagnols sont victimes d'affections du tube digestif qu'on attribue à l'abus des condiments âcres ou falsifiés par des substances irritantes; enfin les Français se livrent surtout à des excès alcooliques qui causent parmi eux une morbidité et une mortalité très élevées. C'est là, certainement, un document de grande actualité au moment où de nombreux chantiers de travaux publics sont ouverts dans la colonie.

Que conclure de cette excursion dans le domaine de l'hygiène algérienne? Sinon qu'ici, comme sur le continent européen, la médecine prophylactique laisse beaucoup trop à désirer. Le rapport de M. Bertherand mérite donc les méditations des économistes et de tous ceux qui s'intéressent à l'avenir de cette France nouvelle.

Si le climat est une cause morbigène pour les immigrants, il faut bien convenir que leur inexpérience et leurs excès de régime sont des facteurs aussi puissants de leur mortalité. C'est donc le médecin éclairé qui est le meilleur auxiliaire de toute œuvre colonisatrice; puissent les pouvoirs publics tenir compte des avis des membres si distingués et si dévoués du corps médical de l'Algérie! — C. Eloy.

FORMULAIRE

Fomentations contre l'hyperémie conjonctivale œdémateuse.

Lorsque l'hyperémie conjonctivale s'accompagne d'un chémosis séreux, occupant tout ou partie de la surface du globe, enchâssant parfois toute la cornée d'un bourrelet plus ou moins volumineux, et ne causant ni douleur, ni photophobie, mais seulement une gêne produite par le volume de la tumeur, on est présence d'une ophthalmie conjonctivale œdémateuse, résultant le plus souvent de l'action du froid et des courants d'air. On a recours, pour la dissiper, à des fomentations astringentes, faites avec de l'eau de Goulard ou avec de l'eau vinaigrée. — N. G.

COURRIER

Nécrologie. — Nous apprenons avec un vif regret la mort du docteur Pestel, président de l'Association des médecins de l'Indre. Agé de 56 ans seulement, il vient, après une vie de dévouement, de succomber à une longue maladie (cancer de l'intestin). Successivement secrétaire, trésorier, vice-président, président de l'Association départementale, il a rendu à l'œuvre commune les plus grands services. Il est mort, le 20 août dernier, à Saint-Chartier; et le 22 août une foule d'amis et de clients reconnaissants l'accompagnaient à sa dernière demeure.

Concours. — Le concours qui devait s'ouvrir le 15 novembre 1884, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes, à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille, est reporté au 15 février 1885.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

Accidents cérébraux et accès pernicieux sporadiques (1)

(ACCÈS PERNICIEUX MASQUÉS).

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans sa séance du 6 juillet 1884,

Par le docteur J. BESNIER.

II

Il ressort de l'étude que nous venons de faire de nos deux observations, un fait qui nous paraît très important au point de vue de *l'étiologie* et de la *pathogénie* des accès pernicieux, et que nous devons tout d'abord indiquer, à savoir : que certaines maladies chroniques, ou certains états morbides, antérieurs à la malaria, et comportant dans leur marche des accidents secondaires plus ou moins graves, peuvent, lorsqu'ils intéressent même légèrement des organes essentiels à la vie, modifier profondément la fièvre intermittente, et non seulement la rendre grave, anomale et pernicieuse, mais encore déterminer la forme même de l'accès pernicieux.

Cette influence pathogénique d'une maladie propathique sur les symptômes anomaux de la malaria, n'a pas encore été signalée d'une façon spéciale. On indique bien que certaines conditions de faiblesse ou de débilité, se rattachant à une maladie antérieure, peuvent faire que la fièvre intermittente soit grave, alors même qu'elle est normale (Jaccoud). On insiste aussi sur ce fait que l'apparition d'un phénomène étranger à l'accès la rend anomale, et de plus pernicieuse, si ce phénomène est dangereux par lui-même. Quelques auteurs indiquent également que certaines influences *extérieures*, climatériques ou saisonnières, entraînent l'apparition de telle forme plutôt que de telle autre. Mais on ne dit rien à ce sujet des conditions morbides particulières et inhérentes à l'individu atteint par la fièvre intermittente. Et il en est ainsi, aussi bien dans les ouvrages plus spécialement consacrés à l'étude des fièvres paludéennes, que dans les traités classiques et même les publications périodiques.

Un seul auteur, que je sache, le docteur H. Bard, envisage cette question d'une manière précise, mais c'est pour constater l'insuffisance des recherches dont elle a été l'objet :

« L'existence, dit-il, de lésions antérieures d'organes importants, ou seulement de faiblesse relative de ces organes, est encore une cause puissante de perniciosité, et ici la lésion commande non seulement le type de la fièvre, mais encore la localisation des phénomènes anormaux. Cette partie de l'étiologie, poursuit-il, n'a pas été l'objet de recherches suffisantes. Les accès fébriles sont graves chez les malades atteints de néphrites ; on connaît un cas d'accès bilieux chez un sujet qui avait reçu une blessure dans la région hépatique, douze ans avant de s'être exposé à la malaria. Burdel cite un cas singulier d'accès pernicieux intermittents à forme dyspnéique, qui cessèrent après l'expulsion d'un calcul bronchique, de formation probablement antérieure à l'intoxication paludéenne (2). »

Il est inutile de faire remarquer combien les faits invoqués par l'auteur sont peu probants ; le dernier même, le plus significatif, est un cas que

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 30 et 31 août 1884.
(2) H. Bard. *Thèse d'aggrégation*, 1883, p. 24.

Burdel lui-même citait au professeur Verneuil comme un exemple d'accident pernicieux résistant à la quinine et non d'origine paludéenne (1).

Le défaut de documents plus complets et l'absence d'observations comparables aux nôtres, prouvent sans doute que les faits que nous avons cités sont exceptionnels. Cependant on ne saurait méconnaître leur importance, étant donné surtout l'état actuel de la question. D'après ces faits, et en les opposant à ceux dont l'existence est établie depuis longtemps, il y aurait lieu de distinguer, au point de vue de leur origine pathogénique, deux espèces d'accès pernicieux, les uns ordinaires ou *idiopathiques*, survenant chez des sujets bien portants, les autres entés sur des états morbides antérieurs à la fièvre ou *deutéropathiques;* les uns et les autres pouvant d'ailleurs avoir les mêmes formes, c'est-à-dire les mêmes phénomènes prédominants, ou du moins des phénomènes de même ordre.

Il est reconnu, pour les premiers, que les lésions viscérales ou autres, à part la ménalémie, faisant le plus souvent défaut, la perniciosité, sous quelque forme qu'elle se présente, dépend avant tout de l'intoxication générale de l'économie par le miasme ou le microbe paludéen. Aussi, s'observent-ils surtout dans les pays palustres, où les fièvres intermittentes sont endémiques et parfois épidémiques. Pour les seconds, au contraire, d'après nos deux observations et l'analyse que nous en avons faite, la perniciosité tient moins à la malaria qu'aux états morbides sur lesquels celle-ci vient se greffer accidentellement.

On conçoit *à priori* que ces états morbides puissent varier quant à leur origine propre et à leurs accidents secondaires, et que par là même il y ait ainsi des causes pathogéniques diverses, pouvant influencer la fièvre intermittente et donner lieu, toutes choses égales d'ailleurs, à des formes particulières d'accès pernicieux ; on conçoit même que ceux, dont nos malades étaient atteints, eussent pu entraîner l'apparition de formes différentes de celles que nous avons observées, puisque la congestion cérébrale et l'urémie, causes prochaines de ces dernières, ont elles-mêmes des formes symptomatologiques multiples.

Il y a lieu de penser également *à priori* que parmi les accès pernicieux qui se montrent dans les pays non palustres, où ces accès sont rares et sont dits pour ce fait sporadiques ou accidentels, il en est dont la perniciosité n'a pas d'autre origine que celle que nous venons d'indiquer ; on est d'autant plus porté à l'admettre que l'apparition de ces accès a toujours lieu de surprendre et reste le plus souvent sans explication satisfaisante. Les accès *sporadiques* ou du moins certains d'entre eux se distingueraient ainsi des accès *endémiques ou épidémiques*, non seulement par les contrées dans lesquelles on les observe, mais encore par leurs causes prochaines, et, comme nous le verrons dans un instant, jusqu'à un certain point par leurs symptômes et leur traitement. Mais c'est là une théorie qui demande de nouvelles observations pour être ainsi généralisée.

Quoi qu'il en soit, nous avons connaissance d'un troisième fait, que nous pouvons invoquer à l'appui de cette même théorie ; et qui, la complétant, prouve, selon nous, que la forme de l'accès pernicieux, dans certains cas, peut être commandée même par une maladie sans lésions matérielles constantes et bien définies, mais à troubles fonctionnels, se montrant par accès plus ou moins répétés et intéressant un organe essentiel à la vie. Ce fait s'est passé en pays palustre, et nous ne le tenons ainsi que de seconde main ; mais, connaissant le malade et sa famille depuis longtemps, nous avons été renseigné aussi exactement que possible sur la forme et la marche qu'ont présentées les accidents en dernier lieu.

(1) Burdel. *Loc. cit.* Troisième lettre à M. le professeur Verneuil. (In *Union médicale*, n° 56, 27 avril 1882, p. 663.)

Voici ce fait :

Obs. III. — *Accès pernicieux à forme cardialgique chez un sujet atteint d'angine de poitrine.*

M. X..., âgé de 50 ans, d'une constitution robuste, a pu rester 18 ans en Italie, sans avoir été atteint de fièvre intermittente, bien que dans ses voyages il ait eu souvent à parcourir en tous sens la campagne romaine. Il etait sujet à des douleurs rhumatismales erratiques et peu intenses, et de plus à des accès d'angine de poitrine. Ces derniers s'étaient montrés pour la première fois, il y a une dizaine d'années, dans un de ses voyages à Paris, et depuis j'en avais été témoin à différentes reprises. A la même époque, il avait aussi été atteint d'une glycosurie alimentaire, qui disparut par le changement de régime Quant à l'angine de poitrine, elle persista, mais les accès étaient plutôt légers que forts et peu prolongés, et ils avaient diminué du reste sensiblement de fréquence dans ces dernières années, le malade ayant perdu un peu de son habitude de fumer. Par contre, M. X..., sous l'influence prolongée du climat, était devenu assez anémique ; aussi chaque année, au mois de septembre, venait-il à Paris passer cinq ou six semaines, pour se refaire, disait-il.

Telles étaient les conditions de santé, en somme satisfaisantes de M. X..., lorsqu'en 1881, au mois de juin, dans un de ses voyages, il fut pris, en quittant Orbitello (cette même ville, où notre premier malade avait eu son premier accès paludéen), d'un accès de fièvre avec frisson, qui ne cessa qu'à son arrivée à Rome. Le lendemain, second accès plus fort que le premier ; le malade eut alors recours de lui-même à la quinine, ce qu'il n'avait pas fait le matin. La fièvre parut céder, et il rentrait à Naples, seulement plus fatigué que d'habitude. Deux jours après son arrivée, en se mettant à table le soir, il se sentit pris d'angoisse précordiale, de douleur au cœur, d'anxiété, en un mot de tous les symptômes d'un accès d'angine de poitrine, sans qu'il eût du reste ni frisson, ni fièvre. Ces symptômes se prolongèrent plus que d'ordinaire chez lui, et furent attribués par le malade et son entourage à un retour de ses anciennes crises. La nuit suivante et la journée de lendemain furent relativement satisfaisantes, et M. X... put s'occuper de ses affaires. Mais le soir il fut repris d'une nouvelle crise plus violente que la première, qui non seulement ne le quitta plus, mais encore alla en s'aggravant d'un moment à l'autre. On donna de la quinine à hautes doses, on fit des piqûres de morphine ; tout fut inutile ; le malade succombait le 7 juin, dans un état syncopal, après quarante-huit heures passées dans les plus grandes souffrances, et durant lesquelles on n'observa plus que des intermittences peu marquées et irrégulières.

Ce fait est pour nous un cas d'accès pernicieux à forme cardialgique (Strack) (1), ou carditique (Coutanceau) (2), forme dont la symptomatologie n'est autre que celle de l'angine de poitrine portée au summum, et entraîne ordinairement la mort par syncope. On nous objectera peut-être que dans ce cas ce sont les premiers accès de fièvre que le malade a eus tout d'abord, qui ont provoqué le retour de ses accès d'angine de poitrine, et leur ont donné toute leur gravité. A cela nous répondrons d'une part, qu'il serait singulier que des accès de fièvre en somme légers eussent pu être suivis de conséquences si graves, étant donné surtout que l'angine de poitrine en question était plutôt une pseudo-angine (Huchard), et allait en s'atténuant ; et d'autre part, que les derniers accidents sont revenus deux jours de suite aux mêmes heures, ce qui n'arrivait jamais chez ce malade pour ses accès habituels d'angine de poitrine, chacun d'eux étant espacé de plusieurs jours, et souvent de plusieurs mois ; ces accidents présentaient ainsi la marche périodique des accès paludéens. Il n'y a eu, il est vrai, ni frisson, ni fièvre en dernier lieu, mais c'est ce qui arrive habituellement dans les accès pernicieux, de même qu'ils sont souvent mortels au second accès. Pour nous donc, accès de fièvre et accès d'angine de poitrine font ici partie du même épisode pathologique ; à des accès paludéens normaux et insuffisamment traités, ont succédé des accès anormaux et pernicieux, ce qui est encore la règle ; et se comprend d'autant

(1) Strack. *Obs. med. de febr. intermit. Offenb.*, 1785.

(2) Coutanceau. Notice sur les fièvres pernicieuses qui ont régné à Bordeaux en 1805.

mieux, dans la circonstance, que le malade devenu anémique n'était plus en état de résister à la malaria, comme il l'avait fait jusque là. Ici donc, comme chez nos deux premiers malades, c'est la maladie propathique qui a déterminé la forme des accès pernicieux. Ce fait prouve en outre que, même dans les pays palustres, la forme de ces derniers peut subir parfois l'influence pathogénique d'une maladie antérieure, alors même que celle-ci est légère et plus ou moins insidieuse.

III

Pour en revenir à nos deux premières observations, les *symptômes* qu'ont présentés les accès pernicieux chez nos malades offrent aussi plusieurs faits intéressants à signaler.

Nous devons faire remarquer tout d'abord qu'il y a une différence très sensible entre les deux cas, en ce qui concerne la multiplicité des troubles morbides qui accompagnaient les phénomènes prédominants, le délire ou le coma. Dans le second, la forme comateuse était simple et pour ainsi dire seule en scène, avec sa cause prochaine, la suppression urinaire et l'urémie. Dans le premier, outre le délire, nous avons noté des signes de congestion intense non seulement du côté de la rate, mais encore du côté des deux poumons, qui étaient le siège d'une véritable *fluxion de poitrine*. Cette dernière localisation était même tellement marquée que, abstraction faite du délire, ce fait eût pu être présenté comme un exemple d'accès pernicieux *à forme pneumonique;* en supposant toutefois que cette forme ainsi isolée eût pu être reconnue et rattachée à la malaria, ce qui est peu probable, les modifications périodiques des accidents pulmonaires étant autrement difficiles à reconnaître que le délire, phénomène tout extérieur.

Nous avions ainsi, chez ce malade, comme une réduction des troubles graves et multiples qui s'observent si souvent dans certaines fièvres rémittentes ou subintrantes des pays palustres, et qu'on attribue généralement à une intoxication profonde de l'économie par le miasme paludéen. Nous avons vu précédemment que, dans les conditions où s'est trouvé le sujet, une telle intoxication ne peut être ici mise en cause. Nous sommes donc obligé de rattacher encore cette double fluxion de poitrine à des conditions morbides individuelles, non plus cette fois localisées, mais constitutionnelles ou, si l'on veut, diathésiques. Ce malade appartenait, en effet, à cette classe de sujets dits arthritiques par Bazin (1), ou à diathèse congestive par Sénac (2), qui sont particulièrement prédisposés aux congestions viscérales ou autres. Il en avait l'habitus extérieur, le facies, les douleurs rhumatismales, l'altération athéromateuse des artères. On peut donc inférer de là, sans forcer les faits, que les sujets en puissance de la diathèse en question, mais moins âgés et moins atteints par elle que notre malade, peuvent, le cas échéant, présenter à l'état isolé la forme pneumonique, à laquelle nous venons de faire allusion. Dans une étude plus complète sur l'étiologie et la pathogénie des accès pernicieux, à côté des états morbides à lésions viscérales plus ou moins avancées, les seuls que nous ayons en vue ici, il y aurait donc lieu de tenir compte des prédispositions particulières, liées aux états constitutionnels ou diathésiques des sujets atteints par la malaria. Pour les accès endémiques ou épidémiques, quelques auteurs, notamment Maillot, font mention de conditions morbides analogues, à propos de certaines formes (3), mais sans y attacher l'importance que

(1) Bazin. *Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse*, rédigées et publiées par le docteur J. Besnier, 1868.

(2) H. Sénac. *Etudes sur la diathèse congestive (diathèse arthritique) et ses manifestations pathologiques*, 1882-1884.

(3) Maillot. *Traité des fièvres intermittentes*, 1836, p. 32.

ces prédispositions nous paraissent avoir, surtout en ce qui concerne les accès pernicieux sporadiques.

Un second fait intéressant à noter chez nos malades, au point de vue des symptômes, c'est que les accidents cérébraux étaient régulièrement précédés de frisson et de fièvre, et ne se montraient ainsi que dans le cours de l'accès, dont les périodes conservaient toute leur régularité normale; ce fait est assez rare pour les accès pernicieux ordinaires, dans lesquels les accidents anormaux, se montrent le plus souvent dès le début de l'accès. De plus, la périodicité des accès était nettement accusée, aussi nettement que dans les fièvres intermittentes simples, ce qui est d'autant plus remarquable que, dans les accès pernicieux ordinaires, la périodicité fait souvent défaut ou est à peine marquée.

Par contre, cette périodicité elle-même a eu ceci de particulier qu'elle s'est montrée, dans un cas comme dans l'autre, avec des types *doublés*, et qui plus est des types *doublés renversés,* en ce sens que c'est le petit accès qui précédait le grand; ce qui est l'inverse de ce que l'on observe dans les fièvres intermittentes ordinaires. Rappelons à ce sujet que, chez notre premier malade, les accès avaient le type *double-quarte*, les accidents s'étant montrés le 24 et le 25, puis le 27 et le 28, tandis qu'ils ont fait complètement défaut le 26. Chez ce malade, il est vrai, les accès survenaient le soir, mais c'est là un fait qui, s'il est rare dans les fièvres intermittentes normales, s'observe fréquemment lorsqu'il s'agit d'accès pernicieux. Chez notre second malade, les accès avait le type *quotidien doublé*, c'est-à-dire se montraient deux fois par jour; et, ici, ils survenaient avant midi, comme dans les cas de fièvre intermittente commune. Mais, là encore, le petit accès, qui avait lieu à huit heures du matin, précédait le grand, qui survenait à onze heures. Il n'y avait ainsi qu'un intervalle de temps très court, et peu marqué en tant qu'apyrexie, entre les deux accès; de sorte qu'on pourrait les considérer comme des accès *subintrants*.

Les accès pernicieux ont donc eu chez nos deux malades une marche particulière, la même dans les deux cas, et qui, tout en étant périodique, rhythmée, s'écarte de ce que l'on observe même dans les cas de fièvre intermittente anomale. Si on ajoute à ces particularités les conditions étiologiques et pathogéniques, sur lesquelles nous avons insisté, on reconnaîtra que le diagnostic, aussi bien dans un cas que dans l'autre, présentait, malgré le frisson et la fièvre qui ouvraient la scène, les plus grandes difficultés. Aussi a-t-il fallu pour ainsi dire un concours tout accidentel de circonstances favorables, pour que la nature ou l'origine paludéenne des accidents pût être reconnue. Il suffit de se reporter à nos observations pour s'en convaincre.

Cette remarque nous rappelle ce que disait Grisolle, il y a déjà plus de vingt ans. « Peut-être les accès pernicieux ne semblent-ils si rares à Paris, que parce qu'ils passent souvent inaperçus; beaucoup de malades succombent alors sans qu'on soupçonne même la nature de l'affection (1) ». En présence de nos observations, il n'est pas téméraire, pensons-nous, d'avancer que l'assertion de Grisolle est tout aussi fondée aujourd'hui qu'elle l'était en 1862. Nous ajouterons même que les tranchées profondes et les mouvements de terrain, qu'exigent les grands travaux qu'on exécute sans cesse à Paris, donnent chaque jour au miasme paludéen plus d'occasion de s'y développer et de contaminer ses habitants; et que d'autre part, les habitudes de villégiature, si répandues aujourd'hui, exposent quantité de sujets, bien portants ou non, à prendre la malaria au loin, et à la rapporter avec eux, comme nos deux malades, prête à évoluer au moindre incident. La question que nous cherchons à élucider est, comme on le voit, toute d'actualité, et de la plus haute importance.

(1) Grisolle. *Traité de pathologie interne*, 1862, t. Ier, p. 164.

Enfin, il n'est pas jusqu'à la *médication quinique*, à laquelle nos malades ont été soumis, qui ne donne lieu à quelques remarques intéressantes. Un premier fait à noter et qui ressort de notre seconde observation, c'est que la quinine n'a agi d'une manière efficace, que lorsqu'elle a été donnée à l'heure propice, c'est-à-dire lorsque nous avons eu pris, comme *point de repère* pour son administration, non les accidents violents et prédominants du grand accès, mais les symptômes en apparence accessoires qui les précédaient et marquaient le petit accès.

Un second fait non moins digne de remarque, c'est que, dans les deux cas, l'accès pernicieux, malgré sa gravité apparente, ait cédé à des doses plutôt moyennes que fortes de quinine, soit 2 grammes en deux jours, dans le premier cas, et 1 gr. 20 par jour, dans le second. Ces doses sont loin de celles que réclament habituellement les accès pernicieux ordinaires épidémiques ou sporadiques. Ce n'est pas que nous conseillions de ne pas dépasser ces doses moyennes dans ces cas-là, mais nous constatons qu'elles ont suffi chez nos deux malades. La malaria s'est donc comportée chez eux, tant au point de vue du traitement qu'à celui de la périodicité, comme la fièvre intermittente normale et commune. Ce dernier fait prouve une fois de plus que ce n'était pas à une intoxication profonde de l'économie par le miasme paludéen, qu'étaient dus les accidents graves que présentaient ces malades; mais bien aux conditions morbides antérieures et particulières, dans lesquelles ils se trouvaient, par le fait de leur maladie propathique, « *Naturam morborum ostendunt curationes.* »

Un dernier mot au point de vue nosologique. Les faits que nous venons d'étudier rentrent bien dans les *fièvres intermittentes pernicieuses*. En effet, bien qu'il s'agisse, dans ces cas, de deux maladies superposées, ces faits n'ont rien à voir avec les fièvres dites *proportionnées* par certains auteurs, et notamment par Jacquot (1), dans lesquelles les symptômes semblent tenir à la fois de la fièvre intermittente et d'une autre maladie infectieuse (fièvre typhoïde, typhus, dysentérie, etc.), contractée dans le même lieu et en même temps, de telle sorte que les deux maladies marchent ensemble en s'influençant réciproquement.

D'autre part ces mêmes faits se distinguent nettement des fièvres pernicieuses les plus communes, dites suivant les cas *solitaires* (Jaccoud) ou *accompagnées*, dans lesquelles les lésions font défaut ou ne suffisent pas à expliquer tous les symptômes. Ils ne se séparent pas moins de celles dites *compliquées* (Jaccoud, Niemeyer), dans lesquelles les lésions qui existent sont, comme nous l'avons vu, occasionnées par la malaria elle-même; dans les faits en question en effet, les lésions viscérales qui rendaient compte de la complication ou des accidents cérébraux étaient, ainsi que nous l'avons établi, antérieures et étrangères à la fièvre. Néanmoins on ne saurait contester à ces faits la dénomination de fièvre ou d'accès pernicieux; car il s'agit bien, comme dans ceux que nous venons d'indiquer, d'accidents paludéens, anormaux, entraînant un danger immédiat par eux-mêmes, procédant par accès périodiques et rhythmés, et cédant à la quinine. Le terrain seul diffère et donne à ces sortes de faits une physionomie toute particulière, et en forme un groupe à part. Si on voulait les caractériser d'un trait, on pourrait les désigner sous le nom d'*accès pernicieux masqués*, dénomination qui leur convient à tous égard, et qui est empruntée à la fièvre larvée ou masquée, autre manifestation anomale du paludisme, et qui, comme celle que nous avons en vue, peut simuler les maladies les plus diverses.

(1) I. Jacquot. *Etude nouvelle sur l'endémo-épidémie annuelle des pays chauds*, basée sur la coexistence des fièvres palustres, climatériques et mixtes, in *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 2me série, t. IX, 1858, p. 19.

Nous résumerons ce travail dans les conclusions suivantes :

I. Certaines maladies chroniques, ou certains états morbides, antérieurs à la malaria, et comportant dans leur marche des accidents secondaires plus ou moins graves, ou se manifestant par des troubles fonctionnels à accès plus ou moins répétés, peuvent, lorsqu'ils intéressent des organes essentiels à la vie, influencer la fièvre intermittente, au point de la rendre anomale et pernicieuse.

II. Dans ces cas la *forme* de l'accès pernicieux est en corrélation étroite avec la maladie propathique, dont elle rappelle par ses phénomènes prédominants l'un ou l'autre des accidents secondaires, ou ses troubles fonctionnels habituels, mais aggravés. L'accès pernicieux est alors plus ou moins *masqué* par la maladie antérieure et peut être facilement méconnu ; eu égard à sa cause prochaine, il constitue une espèce à part, il est *deutéropathique.*

III. Les états morbides antérieurs à la fièvre, et qui commandent son type et sa forme, peuvent être légers etcompatibles avec toutes les exigences de la vie ordinaire ; la malaria, d'autre part, peut avoir été contractée dans un pays palustre, ou non réputé palustre, et même ne se révéler pour la première fois que loin du foyer marématique. L'accès pernicieux peut être ainsi plus brusque encore dans son apparition et plus insidieux que les accès ordinaires.

IV. Ces accès pernicieux *masqués* empruntent leur gravité apparente moins à la malaria qu'à la maladie propathique, sur laquelle ils sont venus se greffer. Il y a lieu de penser qu'ils se montrent de préférence dans les pays non palustres, et rentrent ainsi dans le groupe des accès qui sont dits *sporadiques* ou *accidentels*, par opposition aux accès *endémiques* ou *épidémiques*, qui s'observent dans les contrées palustres. Ils cèdent d'ailleurs, comme les autres manifestations du paludisme, à la quinine, et même sans exiger les doses exagérées que réclament les accès pernicieux idiopathiques.

Rappelons en terminant que les faits sur lesquels s'appuient ces conclusions, se rapportent, en tant que maladies propathiques à trois cas bien distincts (athérome artériel avec troubles encéphaliques, diabète ancien avec albuminurie, angine de poitrine) ; et, en tant que formes d'accès pernicieux, à trois formes non moins différentes (une forme délirante, une forme comateuse et une forme cardialgique).

Congrès médical international

SESSION DE COPENHAGUE — AOÛT 1884

Séances des Sections

L'abondance des travaux communiqués aux quatorze sections du Congrès ne nous permet pas de nous étendre sur chacun d'eux aussi longuement que nous le voudrions. Le volume imprimé, qui renferme le titre et les conclusions seules de ces travaux, comprend déjà plus de 200 pages, et l'on conçoit que nous soyons obligés de nous en tenir, pour la plupart d'entre eux, à une simple énumération. Ce sera une sorte de catalogue qui permettra à nos lecteurs de se faire une idée générale des travaux du Congrès.

I. — *Section d'anatomie.* — Le bureau était composé de MM. J.-H. Chiewitz, président ; Baudry, His, von Kœlliker, H. von Meyer, Retzius, Stieda, Marshall, présidents honoraires ; Gram, Schon, Albrecht, secrétaires.

Principales communciations : Sur les mouvements de rotation de l'avant-bras, par MM. Morris, de Londres, et Hejberg, de Christiana. — Sur un mélange de glycérine et d'acide phénique comme moyen de conservation pour les préparations anatomiques, par le professeur Stieda, de Dorpat. — Sur les modifications des cellules glandulaires pendant leur activité, par le professeur Langley, de Cambridge. — Sur les terminaisons des

nerfs sensitifs de la peau, par le professeur Merkel, de Kœnigsberg. — Sur les fonctions spécifiques des nerfs cutanés, par le docteur Blix, d'Upsal. — Sur le développement de la forme du cœur et de ses différéntes parties, par le professeur His. — Sur les mouvements du pied, par le professeur Braune. — Sur la segmentation de l'œuf des sélachiens, avec démonstrations, par le professeur Kollmann. — Sur les mouvements respiratoires, par M. von Meyer. — Sur les effets des mouvements du diaphragme chez l'homme, par M. Hasse. — Sur un cas d'hermaphrodisme chez un cochon, par M. Kœlliker. — Sur les vaisseaux lymphatiques chez les embryons, par M. Budge. — Sur le noyau cellulaire et la division des cellules, par M. Flemming, — Sur les fentes branchiales, par M. Kœlliker. — Sur une bride masculine du vagin, par M. Pozzi. — Sur les épiphyses de l'occipital, de l'atlas et de l'axis des mammifères, par M. Albrecht.

Plusieurs démonstrations intéressantes, à l'aide de préparations anatomiques, ont été faites : Par M. Adamkiewicz, sur les colorations différentes de la moelle épinière à l'aide de procédés chimiques, suivant l'état normal ou pathologique de cet organe. — Par M. Albrecht, sur différents os des mammifères, et en particulier sur les quatre os intermaxillaires. — Par M. Chiewitz, sur une série de crânes de l'ancienne famille des rois de Danemark.

II. — *Section de physiologie.* — Composition du bureau : MM. Holmgren, président ; Loven, Hammarsten, vice-présidents ; Engelmann, Hansen, Kronecker, Munch, Mosso, Dastre, Gaskell, Norris, Poehl, Grünhagen, Prévost, présidents d'honneur ; Hærten, Bohr, Buntzen, secrétaires.

Principales communications : Sur les matières muqueuses et leur relation avec les substances albuminoïdes, par le professeur Hammarsten, d'Upsal. — Recherches absorptiométriques (par la mesure de la puissance d'absorption) sur la dissociation de l'oxyhémoglobine, par le docteur C. Bohr, de Copenhague. — Du rôle des *corpuscules fugitifs du sang* dans la formation de la fibrine et dans la coagulation, et sur la relation qui existe entre les *hématoblastes* de Hayem, les *piastrines* de Bizzozero, et les *disques fugitifs* du sang, de Norris, par le docteur Norris, de Birmingham. — Sur la coagulation du sang, par le docteur Wooldridge, de Cambridge. — Sur la proportion du nombre des globules rouges du sang relativement à la quantité de l'hémoglobine et à la quantité des globules secs, par le docteur Worm-Muller, de Christiania. — Sur les dernières recherches relatives à l'hémoglobine et à la méthémoglobine, par le docteur Otto, de Christiana. — Sur l'état du cœur après la mort, par le professeur Dogiel, de Kazan. — Sur le centre de coordination des mouvements des ventricules du cœur, par le docteur Kronecker, de Berlin. — Sur le mécanisme de la circulation, avec présentation de quelques appareils nouveaux pour des recherches sur le pouls et sur la pletysmographie des courbes concernant la circulation dans le cerveau de l'homme, par le professeur Mosso, de Turin. — Sur les actions inhibitoires ou restrictives de la force nerveuse et des nerfs d'arrêt en général, par le docteur Gaskell, de Cambridge. — Sur les fonctions de la substance corticale des hémisphères cérébraux, par le professeur Munk, de Berlin. — Sur la question de savoir si la doctrine de l'hérédité doit faire partie des leçons sur la physiologie, par le docteur Hensen, de Kiel. — Sur l'état actuel de nos connaissances sur la déglutition, par le professeur Kronecker, de Berlin. — Sur les actions automatiques, réflexes et inhibitoires du cardia, par le docteur Openchowski, de Dorpat. — Observations sur l'emploi des fistules de l'intestin grêle pour des recherches physiologiques, par le professeur Panum. — Note relative à l'action physiologique de la paraldéhyde, par le professeur Prévost, de Genève. — Sur l'électrotonus chez l'homme, par le docteur Aug. Weller, de Londres. — Sur la respiration de Cheyne-Stockes étudiée chez l'homme à l'état de santé, par le professeur Mosso. — Sur un enregistreur des dégagements gazeux pour les usages physiologiques, par le professeur Dastre, de Paris. — Sur la mesure de la puissance d'expulsion de la vessie, par le docteur Mallez. — Sur la physiologie de la phonation, par le docteur Martel. — Sur les effets du froid et de la chaleur appliqués à l'organisme vivant, par le docteur Delmas, de Bordeaux, etc.

En outre, les sections d'anatomie et de physiologie se sont réunies à plusieurs reprises pour discuter ensemble les questions proposées par le professeur Ebner : Sur l'histologie du muscle strié, par le professeur Retzius. — Sur l'anatomie du labyrinthe de l'oreille et les relations entre la structure du labyrinthe et ses fontions. — Sur la structure et les changements de forme des fibres musculaires et du protoplasma, en relation avec leurs fonctions physiologique, par le professeur W. Flemming (de Kiel).

On a beaucoup regretté l'absence de MM. Ranvier, Malassez, Tourneur, Cadial, dont les communications annoncées auraient été certainement accueillies avec beaucoup d'intérêt.

III. *Section de pathologie générale et d'anatomie pathologique.* — Composition du bureau : MM. Reisz, président ; Pasteur, Cornil, Vallin, Chauveau, Virchow, Thierfelder, Heller, Weigert, Gull, sir James Paget, Afanassiew, Sangalli, Prudden, Key, Odenius, présidents d'honneur ; Bendz, Bard, Frankel, Levison, Tscherning, secrétaires.

Principales communications : De la nécrose par coagulation, par le professeur Weigert, (de Leipsig). — Sur les effets de l'infusion de jéquirity, par les docteurs Salomonsen et C. D. Holmfeld. — Sur les lésions causées dans les diverses espèces animales par les bacilles du jéquirity, par le professeur Cornil. — Quelle importance faut-il attacher à la tuberculose des animaux domestiques, considérée comme source de la tuberculose de l'homme, par le professeur Chauveau (de Lyon). — Sur la tuberculose de la glande mammaire de la vache et sur quelques expériences d'inoculation et d'ingestion avec du lait provenant des glandes tuberculeuses, par le professeur Bang (de Copenhague). — Relation entre la scrofulose et la tuberculose, par M. Grancher. — Sur l'hérédité de la tuberculose, par le professeur Heller (de Kiel). — De la néphrite chronique, et en particulier de la relation entre les altérations du tissu conjonctif, du parenchyme, des vaisseaux sanguins et du cœur dans cette maladie, par le professeur Cornil et sir Williams Gull. — Sur la structure du crâne humain dans l'anencéphalie, la cyclopie et la synotie, et sur les rapports de ces trois principales monstruosités de la tête avec le cartilage primordial, par le professeur Hannover. — Sur la syphilis congénitale des poumons, avec présentation de sections microscopiques, par le professeur Heller. — Culture du micrococcus de la diphthérie, par le docteur Nelson. — Nouveaux faits de succession des tissus pathologiques, par le professeur Sangalli. — Sur les formes de l'hépatite, par M. Virchow.

Plusieurs démonstrations pratiques ont été faites par : M. Cornil, sur la méthode de projection pour démonstration de préparations, et l'application de cette méthode aux cours d'anatomie pathologique ; par M. Gram, sur la coloration des microbes dans des sections microscopiques ; par M. Juler, sur des préparations en gélatine glycérinée et des sections microscopiques de maladies des yeux ; par M. Bang, sur des embolies mortelles du cœur et de l'artère pulmonaire ; par M. Salomonsen, sur la culture des bactéries dans des tubes capillaires ; par M. Weigert, sur des sections microscopiques du système nerveux central, spécialement de la substance corticale du cerveau, colorées d'après une nouvelle méthode ; par M. Gram, au nom de M. Friedlænder (de Berlin), sur les microcoques de la pneumonie ; et enfin de M. Afanassiew (de Saint-Pétersbourg), sur les microcoques trouvés dans les crachats de malades atteints de pneumonie aiguë.

IV. *Section de médecine.* — Composition du bureau : MM. Trier, président ; Austin Flint, Bouchard, Jaccoud, Lépine, Biermer, Liebermeister, Liebreich, Pribram, sir Risdom Bennett, sir Henry Acland, Rosenstein, Kernig, Tommasi Crudeli, présidents d'honneur ; Daremberg, Mordhorst, Isambart Owen, Madsen, Lüsberg, secrétaires.

La tuberculose a été l'objet d'une importante discussion à laquelle le remarquable talent d'orateurs de MM. Jaccoud et Grancher donna un attrait tout particulier. Cette discussion fut ouverte par une communication de M. Ewald (de Berlin), sur l'étiologie, le diagnostic, le pronostic et le traitement de la tuberculose, au point de vue de leurs relations avec les recherches récentes de l'anatomie pathologique et de la pathologie expérimentale. Il accorde une grande valeur à la découverte de Koch, qui, d'après lui, a donné aux praticiens un moyen certain de porter un diagnostic précis.

M. Jaccoud, limitant son discours à la thérapeutique de la tuberculose, soutient que la découverte du bacille tuberculeux n'a fait nullement progresser cette question. M. Villemin ayant établi la transmissibilité de la maladie, on a pris depuis lors toutes les mesures hygiéniques nécessaires pour s'opposer à sa propagation ; on n'a rien fait de plus depuis la découverte du bacille. Peut-être toutefois la culture de ce bacille d'après la méthode de Pasteur viendra-t-elle un jour apporter à la prophylaxie des armes plus puisantes.

M. Bouchard fait remarquer en quelques mots que si la thérapeutique n'a pas gagné beaucoup à la découverte du bacille, le diagnostic au contraire a acquis, par sa constatation, une valeur qu'il n'avait pas auparavant.

M. Grancher s'en est tenu au diagnostic précoce de la tuberculisation pulmonaire. Dans certains cas, alors que le malade expectore beaucoup dès le début, que la fonte des tubercules est très rapide, le diagnostic est facile à porter par la constatation des bacilles ; mais lorsque le ramollissement des tubercules se fait d'une manière lente, sourde, que le malade ne tousse, n'expectore que longtemps après le début de la maladie, alors les autres symptômes sont si évidents que la présence des bacilles est superflue pour le diagnostic. Dans ces cas encore, le bacille, quoique présent, est si rare

dans les crachats, qu'il peut échapper à l'examen microscopique; d'où une méthode de diagnostic fondée sur les résultats positifs ou négatifs de l'inoculation. Mais ces résultats ne peuvent être certains qu'au bout d'un mois ou deux et plus, et ils sont sujets à des causes d'erreur. Il est donc nécessaire d'avoir recours à l'examen des signes physiques pour obtenir un diagnostic de probabilité d'abord, et plus tard de certitude. M. Grancher indique alors les modifications des bruits respiratoires qui annoncent, par la percussion et l'auscultation, le début de la tuberculose pulmonaire.

M. Guttmann répond à M. Jaccoud que son opinion n'est pas empreinte du véritable cachet médical, attendu que, toutes les fois que l'on connaît mieux l'étiologie d'une maladie, il en résulte tôt ou tard un progrès pour la thérapeutique. Le traitement de la phthisie en est encore à sa période expérimentale, et la découverte du bacille est trop récente pour qu'on puisse dès maintenant lui refuser une influence sur le traitement de la maladie. M. Ewald dit à son tour que les idées émises par M. Jaccoud ne sont pas nouvelles et qu'elles n'ont fourni aucun argument sérieux contre la valeur de la découverte de Koch. Que dire maintenant de l'opinion de M. Crocq (de Bruxelles), qui n'admet pas l'étiologie parasitaire de la tuberculose, et pense que l'organisme est le producteur du bacille? et de celle de M. Quinlan (de Dublin), qui vient prôner les vertus antiphthisiques du *verbascum thapsus*, autrement dit bouillon blanc? L'iodoforme, que recommande M. Shingleton Smith (de Bristol), a au moins pour lui des qualités antiseptiques indubitables. Citons encore, comme contribution à cette discussion, un travail de M. E. Bull (de Christiania) sur le traitement des cavernes pulmonaires par l'ouverture au thermocautère, le nettoyage, le drainage et le pansement antiseptiques. Sur 30 cas traités de cette manière, il cite deux guérisons complètes. M. Trier (de Copenhague) a fait deux fois l'ouverture de cavernes pulmonaires, mais les sujets sont morts peu après.

La question du traitement des maladies infectieuses aiguës n'a pas été moins intéressante. M. Liebermeister a exposé de nouveau ses idées sur la méthode réfrigérante, que nous avons rapportées dans le compte rendu du Congrès de médecine interne de Berlin; nous n'avons donc pas à y revenir.

M. Warfwinge, s'appuyant sur un grand nombre de cas de maladies infectieuses (typhus exanthématique, 2,239; fièvre typhoïde, 908; scarlatine, 243; pneumonie, 1,096, etc.) traités par lui dans les hôpitaux de Stockholm, pense que, dans les fièvres, l'augmentation de la température ne peut pas constituer à elle seule l'essence même de la fièvre; la cause première lui paraît être des organismes inférieurs qui produisent tous les symptômes des maladies infectieuses, et entre autres l'élévation de la température; c'est donc contre cette cause, et non seulement contre la fièvre, qu'il faut diriger le traitement; donc, au traitement symptomatique, bains froids, antipyrétiques, il faut substituer un traitement causal, antiseptique.

M. Bouchard a développé des idées analogues. Il réfute l'opinion, le sophisme, dit-il, de ceux qui prétendent que, pour atteindre sûrement le microbe des maladies infectieuses, il faudra imprégner l'organisme de substances antiseptiques qui tueront le malade avant de tuer le ferment. Les médicaments antithermiques actuels sont d'ailleurs, pour la plupart, des antiseptiques. La quinine, qui, dans la fièvre typhoïde, peut faire tomber la température de trois degrés et plus, n'abaisse pas la température de l'homme sain; elle est même sans action contre la fièvre de certaines maladies infectieuses, la pneumonie, l'érysipèle. Elle agit donc, non par son action physiologique sur l'organisme malade, mais par son action délétère sur certains microbes pathogènes. Il en est de même de l'acide phénique, du mercure, etc. Donc, le médicament antiseptique peut agir sur l'agent infectieux et le détruire, sans nuire pour cela à l'organisme. C'est donc dans cette voie qu'il faudra diriger l'expérimentation et s'efforcer de trouver, dans le laboratoire, des substances qui, mises en présence des microbes dans des liquides de culture, neutralisent leur puissance de pullulation. Pour le moment, l'antisepsie médicale, en tant qu'elle veut atteindre les agents infectieux disséminés avec le sang dans tout l'organisme ou répandus dans des tissus qui sont soustraits à une médication locale, en est donc encore à la période d'expérimentation; mais on a plus d'action sur les infections dans lesquelles les ferments habitent des surfaces accessibles, naturelles ou accidentelles, que ces infections soient primitives ou secondaires. M. Bouchard a pu traiter ainsi certaines arthrites, certaines pleurésies, la dysentérie, les complications de la fièvre typhoïde dues aux putréfactions intestinales; il est même parvenu à prévenir celles-ci au moyen de l'iodoforme à l'intérieur, qu'il administre de la manière suivante : 60 centigr. d'iodoforme dissous dans 100 centimètres cubes d'éther sulfurique sont mélangés à 100 grammes de poudre de charbon végétal. Après évaporation de l'éther, le charbon iodoformé est mélangé à 180 grammes de glycérine, et une cuillerée à bouche

de ce mélange délayée dans un demi-verre de boisson est administrée toutes les deux heures. Il faut veiller à la régularité des évacuations pour empêcher l'accumulation du charbon et purger quand on a cessé la médication. Celle-ci convient encore à d'autres maladies qui s'accompagnent de fermentation exagérée du tube digestif, la dilatation de l'estomac, par exemple, et dans les cas où les fermentations intestinales sont normales, mais où l'oligurie ou l'imperméabilité rénale peuvent faire redouter ces intoxications dites urémiques qui bien souvent mériteraient d'être appelées stercorémiques

Signalons encore les discussions sur la chlorose et l'anémie pernicieuse, par MM. Laache (de Christiania), Guttmann (de Berlin) et Bierner (de Breslau). — Sur les altérations des globules rouges du sang dans l'infection malarique, par MM. Tommasi Crudeli, Goldschmitt (de Lyngby) et Rosenstein (de Leyde). — Sur la paralysie malarique, par M. Whittaker (de Cincinnati). — Sur quelques auto-intoxications, par MM. Lépine (de Lyon), Stadelmann (de Kœnigsberg) et Edlefsen (de Kiel). Une des variétés admises par M. Lépine, et qui est d'origine intestinale, a déjà été décrite par M. Humbert. M. Lépine rapporte un fait curieux d'anus contre nature dans lequel les matières accumulées dans le bout inférieur avaient amené des phénomènes septicémiques, ressemblant beaucoup aux symptômes de l'intoxication par l'atropine. — Quelques communications sur la péritonite consécutive aux affections de l'appendice vermiculaire, par M. With (de Copenhague). — Sur les inflammations subaiguës du poumon, par M. Grancher (voir les comptes rendus de la Société médicale des hôpitaux, dans un numéro précédent de l'*Union*). — Sur la faradisation de l'estomac dans les affections simples de cet organe, par M. Apostoli. — Sur le myxœdème et sa pathologie, par M. W. B. Hadden (de Londres) avec présentation d'un malade, par M. Brandes (de Copenhague). — Sur le traitement de l'occlusion intestinale par l'électricité, par M. Boudet (de Paris). — Sur l'influence des maladies infectieuses aiguës sur les reins et leurs fonctions, par le professeur Grainger-Stewart (d'Edimbourg). — Sur la question de savoir si la pneumonie fibrineuse est une maladie infectieuse, avec réponse affirmative, par le professeur Jürgensen (de Tubingue) et le docteur Flindt (de Samso, Danemark). — Sur la différence d'action de la japaconitine, de la pseudaconitine, de l'aconitine française et de l'aconitine allemande, par MM. Buntzen et Madsen (de Copenhague). — Sur la pigmentation de la peau dans la maladie d'Addison, par le professeur Lewin (de Berlin).

Au Congrès de Londres, en 1881, une commission avait été nommée dans le but de rédiger une nomenclature uniforme des sons thoraciques dans le diagnostic des affections de la poitrine. Cette commission, composée de MM. Flint, Ewald, d'Espine, Douglas Powell et Mahomed, fit un rapport qui fut présenté et lu à la section de médecine par M. Flint. Une nomenclature, rédigée en trois langues, français, anglais et allemand, fut dressée par le rapporteur. Après une discussion assez confuse dans laquelle cette nomenclature fut combattue par plusieurs membres, aucune conclusion ne fut prise à cet égard. Chacun pourra donc l'adopter ou non, à son gré.

(A suivre.) L.-H. PETIT.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 15 au 21 août 1884. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1092. — Fièvre typhoïde, 33. — Variole, 0. — Rougeole, 26. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 6. — Diphthérie, croup, 24. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 5. — Infections puerpérales, 1. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. aiguë), 50. — Phthisie pulmonaire, 187. — Autres tuberculoses, 17. — Autres affections générales, 71. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 38. — Bronchite aiguë, 13. — Pneumonie, 37. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 103 ; au sein et mixte, 63 ; inconnues, 20. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 70 ; circulatoire, 50 ; respiratoire, 49 ; digestif, 56 ; génito-urinaire, 16 ; de la peau et du tissu lamineux, 6 ; des os, articulat. et muscles, 2. — Morts violentes, 33 — Causes non classées, 7.

Le service de la Statistique municipale a compté, cette semaine, 987 décès, au lieu de 1,092 et de 1,196 qui lui avaient été notifiés pendant les deux semaines précédentes. Ce chiffre est un des plus faibles qui aient été enregistrés cette année. Il fait ressortir à 22,92 le taux de la mortalité annuelle pour 1,000 habitants de tout âge. En 1882, cette proportion a été, pour toute l'année, de 25,38 et, en 1883, de 24,45.

Cette atténuation de la mortalité est surtout à une sensible diminution des décès causés par l'Athrepsie (Gastro-Entérite) des enfants, qui a fait cette semaine 186 victimes

au lieu de 231,270, chiffres relevés dans nos deux précédents Bulletins. Si les grandes chaleurs de la première quinzaine d'août ne reviennent pas, il est presque certain que le chiffre des décès par Athrepsie diminuera encore.

En ce qui concerne les maladies épidémiques, la Fièvre typhoïde a fait cette semaine 33 victimes au lieu de 29, chiffre de la semaine précédente. Dans ce nombre, les quartiers de Clignancourt, la Chapelle et la Villette entrent chacun pour 2 décès.

Le nombre des décès dus à la Rougeole a passé de 16 à 26.

Les quartiers les plus frappés sont ceux de : Saint-Lambert, Père-Lachaise (chacun 3) Clignancourt (4 décès). Ce quartier est un de ceux où la Rougeole fait le plus de victimes. Néanmoins, aucun nouveau cas d'invasion ne nous a été signalé cette semaine par nos confrères.

La Scarlatine (3 décès au lieu de 2),la Coqueluche (6 au lieu de 10), la Diphtérie (24 au lieu de 25), ne présentent, par rapport, à la dernière semaine que des variations sans importance.

On remarquera que la Variole n'a causé, cette semaine, aucun décès.

En outre, il n'a été admis dans les hôpituux aucune personne atteinte de cette maladie, dont la décroissance à Paris est remarquable. Tandis qu'elle avait fait 11,3 victimes par 10,000 habitants en 1880 (année de l'épidémie), elle n'en a fait que 4,6 en 1881, 2,9 en 1882, 2 en 1883. Ce taux s'abaissera à 0, 3 pour 1884, si cette affection épidémique ne manifeste aucune recrudescence.

Le service de Statistique n'a encore reçu avis d'aucun cas nettement caractérisé de choléra épidémique. Deux cas de choléra sporadique, suivis de mort, lui ont été signalés et décrits avec détails par les médecins traitants. Tous deux ont eu pour origine une indigestion mal soignée et peuvent, par conséquent, être rangés parmi les maladies saisonnières, n'ayant nullement le caractère épidémique.

Le service de Statistique a reçu notification de 355 mariages et de 1,143 naissances d'enfants vivants (570 garçons et 573 filles), dont 833 légitimes et 310 illégitimes. Parmi ces derniers, 70 ont été reconnus, immédiatement après la naissance, par un des parents ou par les deux.

Dr Jacques BERTILLON,
Chef des Travaux de la Statistique municipale de la Ville de Paris.

FORMULAIRE

SOLUTION LUXATIVE POUR LES ENFANTS. — Widerhofer.

Mannite cristallisée	4 à 8 grammes.
Eau chaude	4 à 80 —

Faites dissoudre. — Une cuillerée toutes les deux heures, aux enfants nouveau-nés, pour obtenir les premières évacuations. — Cataplasmes sur le ventre.

COURRIER

PERSONNEL MÉDICAL DU BUREAU DE BIENFAISANCE DU IIe ARRONDISSEMENT. — En exécution de l'arrêté préfectoral du 15 février 1884, le directeur de l'Assistance publique a l'honneur d'informer MM. les médecins du IIe arrondissement que, le mardi 16 septembre 1884, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin.

CONCOURS. — Un concours pour un emploi de chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de Nancy s'ouvrira, devant cette Faculté, le 18 janvier 1885.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

— Le concours qui devait s'ouvrir le 10 décembre 1884, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et physiologie à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille, est reporté au 10 mar 1885.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

BULLETIN

Académie de médecine, 2 septembre. — L'Académie a déjà voté la création d'une commission d'enquête pour centraliser les documents relatifs aux épidémies passées, présentes et futures de choléra nostras ou asiatique ; il s'agit maintenant de voter les conclusions du rapport de M. Brouardel, où sont inscrites les questions « qui nous divisent le moins », et sur lesquelles l'Académie appelle d'ores et déjà nos méditations. Ce n'est pas sans un « échange de vues » assez prolongé et parfois un peu vif, qu'on a fini par adopter ces conclusions ; le rapporteur et le président lui-même ont dû faire preuve de patience et d'énergie. Et cependant les votes successifs étaient à peu près unanimes ; mais les douze académiciens présents comprenaient les plus ardents de la savante Compagnie, et il n'en fallait pas plus pour ôter à la discussion tout caractère de formalité banale et pour la transformer en un débat essentiellement contradictoire.

Il s'agit d'abord de reprocher à certaines de nos villes leur insalubrité et leur oubli des lois de l'hygiène. M. Blot n'admet pas que la saleté engendre le choléra et son agent spécifique ; c'est vrai, mais l'eau et les matières fécales lui servent de véhicule, et cela suffit pour qu'on s'inquiète du régime des eaux et des systèmes de vidanges.

La commission condamne absolument l'effusion des matières fécales dans les ruisseaux, sur les fumiers, sur le sol. Mais M. Bouley a peur que les populations du Nord ne voient dans cette proposition la condamnation de l'engrais humain et de l'épandage. L'agriculture n'obéira pas. Le rapporteur insiste, M. Bouley tient bon. En somme, à quel endroit est-il malsain de déposer des ordures ? A force de préciser on finit par s'entendre, et la commission promet d'écrire : « Sur le sol dans l'intérieur des villes, et dans la campagne au voisinage des habitations. »

L'article 5 demande un bureau international d'hygiène. Quel rêve ! Toute l'Europe unie dans une pensée commune pour le bien de l'humanité, tous les gouvernements d'accord pour s'éclairer, les Anglais signalant au monde étonné la moindre menace d'épidémie sur la route des Indes ! L'Académie paraît sceptique ; M. Brouardel reconnaît qu'il s'agit d'un « vœu idéal », mais ni lui ni M. Proust ne désespèrent de le voir s'accomplir. Un débat très animé s'engage, et l'orateur, serré de près, descend de la sphère des utopies généreuses pour se prendre corps à corps avec la réalité, c'est-à-dire avec M. Jules Guérin. L'Académie, comprenant qu'elle ne s'engage à rien, n'hésite pas à voter l'idéal.

Article 6 : Un enseignement d'épidémiologie. Voilà une création dont le besoin ne se fait pas généralement sentir, quoi qu'en ait pensé la Commission sur la foi de M. Besnier ; car de nombreux murmures s'élèvent, et M. Noël Guéneau de Mussy prend la parole. Que demandez-vous ? Des chaires nouvelles ? Par ce temps où la pneumonie elle-même est devenue maladie infectieuse, que restera-t-il aux professeurs de pathologie interne et d'hygiène ? D'un commun accord avec le rapporteur, l'Académie supprime l'article 6, non sans renouveler l'appel déjà maintes fois entendu à sa chère Direction de la santé publique, qui s'appelle maintenant Bureau central d'hygiène, Concentration des services sanitaires, etc.

— Nous avons reçu depuis longtemps de M. le docteur Allaire, médecin principal de l'armée, et nous aurions déjà publié, si le choléra nous avait

pris moins de place, quelques réflexions à propos des biberons gallo-romains dont la description nous a été commuiquée par M. E. Toulouze (*Union méd.* du 10 juillet) :

« En lisant, nous dit M. Allaire, ce très intéressant feuilleton, j'ai compris l'émotion légitime de M. E. Toulouze à l'aspect des biberons placés dans les tombes des jeunes enfants Gallo-Romains à Lutèce ; car je l'ai éprouvée moi-même, dans les mêmes conditions, en exécutant des fouilles sur le territoire de Jonchery (Marne) en août, septembre et octobre 1876.

« Je croyais ce fait déjà connu alors que j'ai donné à la Société d'anthropologie, dans la séance du 4 janvier 1877, la description de ces sépultures gallo-romaines datant du quatrième siècle. Je disais alors, à propos de certaines discussions, que l'Académie de médecine aurait pu trouver dans ces fouilles un argument de plus en faveur de l'alimentation exclusivement lactée des nouveau-nés, témoin les biberons en verre et en terre qui se sont rencontrés auprès des squelettes des petits enfants, au lieu des côtelettes de mouton, des poulets, des lièvres dont on voit les restes osseux sur des plats ou dans des vases, pour les adultes et les vieillards.

« La sollicitude maternelle allait plus loin encore, si l'on en juge par la sépulture d'un jeune enfant dont le mobilier funéraire ne se composait pas seulement d'un biberon. J'y ai trouvé (fouille du 14 septembre 1876, faite en présence de M. le général Douai, etc.), à la hauteur de la hanche droite de l'enfant, un biberon en terre cuite et un vase de même matière, cylindrique, dont l'ouverture est du même diamètre que la base ; en outre, une boule en poterie avec objet mobile à l'intérieur, probablement un jouet d'enfant. Dans une autre (fouille du 7 octobre 1876), j'ai recueilli au niveau du bassin d'une femme adulte, quelques os et une tête de fœtus ou de nouveau-né, non loin de vases micacés et de débris d'un vase en verre très épais que je pensai être un biberon.

« En résumé, je suis heureux que M. E. Toulouze ait eu la bonne pensée de divulguer ce point particulier qui est très important, et qui, pour être connu, devait être placé dans votre journal si justement répandu.

« J'ajouterai que les aliments placés auprès des adultes et des vieillards, me paraissent différer non seulement selon les goûts particuliers du mort, mais aussi d'après son état de santé pendant la vie. Dans certaines sépultures, ce ne sont que des amphores et des vases à libations ; dans d'autres, on ne trouve que des os de mammifères sur des plats, et dans d'autres encore, des os d'oiseaux, des coquilles d'œufs et des verres plus ou moins irisés par le temps. J'éloigne les questions de richesse et de pauvreté, qui influent sur la présence d'un plus ou moins grand nombre de poteries, de médailles et d'ornements. Il est quelques sépultures qui sont privées de tout, et qui ne possèdent qu'un silex, comme je l'ai vu dans l'une des fouilles de Jonchery. »

Aux faits intéressants que signale M. Allaire, il manque selon nous la mention de ces formes de *guttus* que nous avons figurées d'après les dessins de M. E. Toulouze, et qui mettent en évidence l'usage attribué par lui aux vases qu'il a découverts dans les sépultures d'enfants.

L.-G. R.

Congrès international des sciences médicales (1)

SESSION DE COPENHAGUE — AOÛT 1884

Séances des Sections

V. *Section de chirurgie.* — Composition du bureau : MM. Plum, président; sir J. Lister, sir J. Paget, Spencer Wells, Mac Cormac, Marshall, Bryant, Buchanan, Ollier,

(1) Suite. — Voir le numéro du 2 août 1884.

Trélat, Verneuil, Esmarch, Volkmann, Gurlt, Neudorfer, Mosetig-Moorhof, Tilanus, Crocq, Sklifosowski, Sayre, Billings, présidents d'honneur; Chiene, Ogston, Kœlliker, Lauenstein, Redard, Hornemann, secrétaires.

Les travaux de cette section ont commencé par un discours de bienvenue prononcé par le président. Il regrette d'être obligé de remplacer le président désigné, M. le professeur Holmes, qui, après avoir organisé le programme de la section, est mort de phthisie galopante quelques jours avant le Congrès. L'assemblée se lève en signe de sympathie pour le défunt. Sir Henry Acland (d'Oxford) rappelle ensuite les qualités de M. Holmes, qu'il a connu pendant longtemps et dont il a pu apprécier les mérites comme homme, comme professeur à l'Université et comme chirurgien à l'hôpital. Il a laissé à ses élèves et à ses successeurs un excellent, mais difficile exemple à suivre.

Une importante discussion s'est ensuite engagée sur le traitement du cancer du rectum, M. Esmarch préfère l'extirpation dont la mortalité a été réduite, par les perfectionnements apportés au manuel opératoire, de 50 à 20 p. 100. M. Bryant préfère la colotomie lombaire; M. Verneuil fait remarquer que ces deux opérations ont leurs indications, mais qu'il est des cas où on doit leur préférer une troisième opération plus facile, moins dangereuse, et tout aussi utile au rétablissement de la fonction du rectum; c'est la rectotomie linéaire; M. Trélat, comme M. Verneuil, rappelle que ces trois opérations répondent à des indications différentes, mais il s'attache davantage à préciser ces indications et les résultats comparés donnés par chacune des méthodes. Il insiste sur la différence de gravité des cancers de la région ano-rectale suivant qu'ils ont débuté par l'épithélium anal ou par l'épithélium rectal; les premiers peuvent être opérés sans récidive, mais non les seconds. Il signale en outre une cause d'insuccès de la colotomie qu'il n'a vu mentionnée dans aucun travail, c'est qu'on a pris quelquefois l'intestin grêle pour le côlon; il rappelle les caractères qu'il a donnés autrefois, dans une discussion à la Société de chirurgie, comme seuls capables de faire trouver avec précision le côlon descendant.

M. Sompson Gamgee (de Birmingham) trouve que toutes ces opérations ont du bon, mais il leur préfère l'entérotomie inguinale, qui rend plus faciles les soins de propreté et la rétention des matières, grâce à un tampon antiseptique de son invention.

M. Morris (de Londres), partisan de la colotomie lombaire, présente une statistique dans laquelle, sur 14 cas, 6 opérés moururent des suites de l'opération et 8 survécurent de 1 à 8 mois. Cette statistique nous paraît plus se rapprocher de la réalité que celle de M. Bryant, qui renferme des cas dans lesquels la survie a duré quatre et cinq ans, mais qui n'étaient peut-être pas des cas de cancer. M. le professeur Kuster (de Berlin) mentionne les cas dans lesquels il a employé une méthode ou une autre, suivant les indications.

Trois présentations de M. Paquet (de Lille), sur des sujets différents mais relatifs aux maladies des os, ont donné lieu à une confusion qui heureusement n'a pas eu de suites graves. Dans la première, il s'agissait d'une hyperostose unilatérale gauche des os de la face assez analogue aux cas rapportés antérieurement par M. Le Dentu. L'ablation du maxillaire supérieur seul arrêta non seulement la maladie dans sa marche, mais la fit rétrograder, de sorte que les os ont repris leur volume normal. Dans la seconde, M. Paquet critiquait les résultats des amputations sous-périostées qui, chez les enfants, donnent des moignons coniques en envoyant des jetées osseuses dans tous les sens. Il citait à l'appui plusieurs cas dans lesquels il avait dû pratiquer la résection de l'extrémité de l'os, et voulut alors, mais ne put présenter deux pièces, égarées dans ses poches. Il passa donc à la troisième communication, relative à un cas d'ostéomyélite du fémur consécutive à une de ces amputations sous-périostées chez l'enfant, et qui avait nécessité la désarticulation de la hanche; celle-ci avait été pratiquée avec le thermocautère, afin d'éviter toute effusion de sang, et l'opéré avait parfaitement guéri. Cette fois, M. Paquet put présenter le fémur, mais pressé par le peu de temps ccordé aux présentateurs, il termina sa communication de telle sorte qu'on admit qu'il donnait cette pièce comme un exemple des suites de l'amputation sous-périostée. Aussi M. Trélat crut-il devoir s'élever contre cette conclusion en disant que l'ostéomyélite consécutive à l'amputation sous-périostée n'avait rien à faire avec la conservation d'une manchette périostale. Une certaine vivacité dans cette réplique ramena à la tribune M. Paquet, qui, ayant cette fois retrouvé les bouts d'os réséqués, put les montrer et rétablir les faits tels qu'il aurait dû les exposer d'abord.

Les maladies des os et des articulations ont eu d'ailleurs une grande part dans les séances de la section de chirurgie. Mentionnons les communications de M. le docteur A. van Derveer (d'Albany), sur le traitement de l'os intermaxillaire ou du bourgeon médian osseux en cas de fissure de la voûte palatine avec bec-de-lièvre double; une

autre de M. David Prince, de Jacksonville (Illinois), sur l'uranoplastie à l'aide d'un nouvel instrument; l'application, par M. Sayre, de son bandage plâtré sur des patients atteints d'affections diverses du rachis; une leçon magistrale de M. Ollier, sur les indications et contre-indications des résections et de l'arthrotomie dans les arthrites tuberculeuses, à laquelle répondit M. Volkmann (voir les différents mémoires publiés par M. Ollier dans la *Revue de chirurgie* et le compte rendu du Congrès des chirurgiens allemands publié récemment dans l'*Union médicale*); la présentation, par M. Lauenstein, d'un malade traité d'une carie du cou-de-pied par la méthode ostéoplastique de Mikulicz (voir le même compte rendu) et suivie d'une réclamation de priorité, par M. Skliffosowski, en faveur de M. Vladimirof (de Kazan), qui, en 1873, c'est-à-dire plusieurs années avant Mikulicz, a pratiqué cette opération, qui a été l'objet d'une discussion importante à la Société de médecine de cette ville; — un discours de M. Mac Ewen, sur l'ostéotomie pour le *genu valgum;* de M. Robin (de Lyon), sur l'ostéoclasie perfectionnée contre la même maladie, avec les photographies de 80 malades opérés par ce nouveau système; de M. Redard, sur l'ostéoclasie dans le traitement des cals vicieux du membre inférieur; de M. Keetley (de Londres), sur l'ostéotomie de la hanche; de M. Nicaise, sur les amputations sous-périostées; de M. Whilson (de Glasgow), sur le traitement du pied-bot varus; du docteur Phelps (de New-York), sur le traitement de certaines formes de pied-bot varus équin; de M. Noble Smith (de Londres), sur les opérations orthopédiques; sur la luxation de la hanche en rapport avec la fracture du col du fémur, par le professeur E. M. Moore (de Rochester).

Une discussion sur les pansements antiseptiques, remise plusieurs fois à l'ordre du jour à cause d'un retard dans l'arrivée du professeur Lister, provoqua d'intéressantes communications dans lesquelles ce savant maître exposa l'état actuel du traitement antiseptique listérien ; le professeur Esmarch, les pansements antiseptiques rares ; le professeur Schede, le traitement antiseptique des plaies par le sublimé, le professeur Mosetig von Moorhof, le pansement des plaies par l'iodoforme ; et le professeur Mikulicz (de Cracovie), la valeur de l'iodoforme dans le traitement des plaies des cavités muqueuses.

La chirurgie du rein a été traitée avec beaucoup d'autorité par M. Knowsley Thornton (de Londres), qui a une grande expérience dans la question et qui a étudié à l'aide de nombreux faits les indications respectives de la néphrotomie et de la néphrectomie dans les différentes affections rénales. M. Kosinski (de Varsovia) a pris la parole à ce sujet, et M. Tscherning (de Copenhague) a communiqué une belle observation d'extirpation de rein tuberculeux, alors qu'il n'existait aucun symptôme de tuberculose dans aucun autre organe, ce qui semblerait démontrer que la tuberculose peut rester localisée aussi bien dans le rein que dans d'autres parties du corps.

Dans la question du traitement des rétrécissements de l'œsophage, M. le professeur Studsgaard (de Copenhague) a présenté sa statistique intégrale, qui comprend 12 cas de gastrostomie ; M. le professeur Hjort (de Christiania) a préconisé l'électrolyse ; M. Verneuil a insisté sur la différence de pronostic de la gastrostomie suivant que le rétrécissement est cicatriciel ou cancéreux, sur la nécessité d'opérer en un temps, sur le moment où il convient d'opérer, l'intervention précoce étant le meilleur parti à prendre à cause de la tuberculisation pulmonaire qui survient si fréquemment, par l'inanition prolongée, dans les rétrécissements de l'œsophage. M. Sheuborn a soutenu également les avantages de l'intervention précoce ; MM. Knowsley Thornton et Bryant ont discuté sur le meilleur procédé opératoire ; M. Skliffsowski sur la possibilité de franchir le rétrécissement de bas en haut après avoir pratiqué la gastrostomie ; et enfin M. Ollier a signalé une variété de rétrécissement cicatriciel de l'œsophage, dont il a rapporté deux cas dans lesquels, après avoir cherché en vain pendant longtemps à franchir le rétrécissement, il put, après y être arrivé, le dilater très rapidement. A propos de la gastrostomie, j'ai essayé de démontrer, en m'appuyant sur la statistique de M. Vitringa, qui comprend 155 cas, que les causes de progrès de cette opération n'avaient pu faire disparaître encore les causes d'insuccès, dues en grande partie à l'état général de l'opéré.

L'anesthésie chirurgicale a fait aussi l'objet d'une discussion à laquelle ont pris part le professeur Neudorfer et les docteurs Wanscher (de Copenhague) et Jennings (de Saint-Pétersbourg) ; mais la question a perdu beaucoup de son intérêt par suite de l'absence de M. Paul Bert qui devait prendre la parole sur cette question. Deux discussions annoncées ne purent avoir lieu par suite de l'absence de tous les membres qui s'étaient fait incrire, sur le rôle de la trépanation dans les maladies cérébrales localisées, et sur le traitement des affections prostatiques.

Citons enfin les communications de MM. Mikulicz et Pozzi sur la chirurgie intestinale;

de M. Margary (de Turin), sur le traitement opératoire de la luxation congénitale de la hanche ; sur la torsion des grandes artères près de leur bifurcation, par M. Oscar Wanscher (de Copenhague) ; sur une série de photographies de malades atteints de contracture digitale (Dupuytren), par M. W. Adams (de Londres).

VI. *Section d'obstétrique et de gynécologie.* — Composition du bureau : MM. Howitz et Stadfeldt, président ; Breisky, Etlinger, Engelmann, Gusserow, Halbertsma, Hégar, Kœberlé, Lazarewitch, Muller, Olshausen, Pippingskjœld, Priestley, Simpson, Miltiade Veniselor, Vincent, présidents d'honneur ; Paul Bar, Nelson, Wiedow, Leopold Meyer, secrétaires.

Principales communications : Sur l'opération césarienne et ses modifications, par le professeur Müller (de Berne). — Parallèle de l'embryotomie, de l'opération césarienne et de l'opération de Porro dans les rétrécissements du bassin, par M. Eustache (de Lille). — Remarques sur la valeur des contractions intermittentes de l'utérus dans le diagnostic de la grossesse et de ses complications, par le docteur J. Braxton-Hicks (de Londres). — Le traitement des fibro-myomes utérins par la laparotomie, par M. Kœberlé. — Traitement électrique des fibromes de l'utérus, par M. Apostoli. — Destruction des fibromes utérins par l'acupuncture électrolytique, par le docteur P. Ménière. — Amputation sus-vaginale de l'utérus par le vagin pour fibrome de la paroi postérieure, par M. Margary (de Turin). — De la castration comme moyen de traitement des fibromyomes utérins, par le docteur Wiedow (de Fribourg, I. B.). — De la méthode antiseptique dans la laparotomie, par M. Mikulicz. — Projet d'une nomenclature internationale commune en obstétrique, par le professeur Simpson (d'Edimbourg). — La signification de l'albuminurie chez les femmes enceintes, que l'auteur, M. Halbertsma, attribue dans la plupart des cas à la compression des uretères. — Sur le diagnostic et le traitement des maladies de la trompe, par le professeur Martin (de Berlin). — La périodicité des symptômes des affections utérines, par le docteur Engelmann. — Le traitement de la délivrance, par le professeur Stadfeldt (de Copenhague). — Le basiotribe de M. Tarnier, son mode d'emploi, les résultats qu'il permet d'obtenir, par M. Paul Bar. — Présentation et mode d'emploi du forceps de M. Tarnier, par M. Bonnaire. — Les latéro-positions congénitales de l'utérus, dans leurs rapports avec le mécanisme de l'accouchement et les tumeurs péri-utérines, par le professeur Lazaréwitch (de Karkow). — La mortalité puerpérale dans les villes de province danoises et dans Copenhague, pendant les années 1867 à 1883, par le docteur Ingersler (de Copenhague). Les chiffres de l'auteur indiquent évidemment une diminution de la mortalité puerpérale, qui sans doute est due à une pratique plus rigoureusement antiseptique des accouchéments, même en dehors de la maternité. — De la castration comme moyen de traitement des troubles nerveux et psychiques, par le professeur Hegar. — La question du rôle joué par l'adéno-lymphite utérine dans le développement des accidents dits péri-utérins, et du rôle que cette affection joue par rapport au traitement de la maladie, par M. Martineau. — Sur un nouveau traitement électrique des périmétrites par la faradisation double utérine, par M. Apostoli. — Sur l'ovariotomie précoce, par M. Knowsley-Thornton, qui appelle l'attention des chirurgiens sur ce point, à savoir que les brillants résultats donnés par l'ovariotomie le deviendront encore davantage quand on voudra renoncer à la ponction et pratiquer d'emblée l'ovariotomie pour tous les kystes de l'ovaire. — Sur la résection du péritoine pariétal dans les extirpations de tumeurs de l'ovaire, par le docteur Sænger (de Leipzig). — Sur le traitement chirurgical des hyperplasies de l'utérus et du vagin, avec remarques sur la cure des déplacements, par le docteur Gordon (de Portland). — Sur le traitement chirurgical de la grossesse extra-utérine, par le docteur Werth (de Kiel). — Sur le traitement de la fièvre puerpérale par les bains froids, par M. Vincent (de Lyon). — Sur un nouveau procédé de périnéorhaphie, par M. Kœberlé, et par M. Henry O. Marcy (de Boston). Le procédé de M. Kœberlé consiste à diviser très largement l'anus en arrière et profondément, au delà des fibres circulaires déchirées, de manière à établir une large ouverture en entonnoir par laquelle les selles s'écoulent librement jusqu'à ce que la cicatrisation de la cloison recto-vaginale soit solide. — Considérations physiologiques et pathologiques sur la femme de l'Orient, par le docteur Zambaco (de Constantinople). — Sur quelques difficultés de diagnostic produites par l'hypertrophie du col de la matrice, par M. le professeur Howitz. — Sur le traitement de la stérilité, par M. More Madden (de Dublin). — Sur le traitement opératoire de l'hématocèle et de l'hématome, par le professeur Zweifel, d'Erlangen.

VII. *La section d'ophthalmologie* eut pour président M. le professeur Edmund Hansen-Grut (de Copenhague) ; comme présidents d'honneur Ed. Meyer, Abadie et Gayet (France), Braley et Cowel (Angleterre), Schmidt-Rimpler et Mooren (Angleterre), Waldhauer et

Magawly (Russie), Barde (Suisse), Carreras Arago (Espagne), Noges (Amérique), Lœwegren (Suède), Hjort (Norwège), Coppez (Belgique). Comme secrétaires, MM. G. Berry, Martin, Pufahl, Tscherning, Bjerrum.

Principales communications : Sur l'importance de l'examen du sens de la lumière dans l'ophthalmologie pratique, par MM. Samelsohn (de Cologne) et Bjerrum (de Copenhague). — Recherches sur la perception de la lumière et sur la photométrie, par M. O. B. Bull (de Christiania). — Sur la détermination de la réfraction à l'aide de l'ophthalmoscope, par le professeur Schmidt-Rimpler (de Marbourg). — Sur deux formes de kératite, par M. Hansen-Grut (1° Kératite bulleuse consécutive aux abrasions traumatiques de l'épithélium de la cornée; 2° kératite à marche lente, toujours superficielle, probablement d'origine mysotique). — Sur le sens des couleurs, par le professeur Holmgren (d'Upsal). — L'examen de la vision chez les employés des chemins de fer, par M. Redard. — De la vision des couleurs, par M. Gillet de Grandmont. — Moyens pratiques pour l'examen des couleurs et de l'acuité visuelle chez les employés de chemin de fer et de la marine, par le docteur Libbrecht. — Examen pratique des employés de chemin de fer au point de vue de la cécité des couleurs, de l'acuité de la vision et de l'ouïe, par le professeur William Thomson. — Le trachome et la dégénération amyloïde, par le professeur Raehlmann (de Dorpat). — L'appréciation actuelle des maladies de la conjonctive, et de la nature et des effets thérapeutiques du jéquirity, par le professeur Sattler (d'Erlangen); absence et non-contagion du trachome dans la région du plateau central de la France. — Détermination de l'altitude exacte où l'affection cesse d'être endémique, par le docteur Chibret (de Clermont-Ferrand). — De la maturation artificielle de la cataracte, par M. Ed. Meyer. — De la blennorrhée des nouveau-nés, sa prophylaxie et son traitement, par le docteur Christensen (de Copenhague). — De l'inflammation de l'œil et de ses annexes occasionnée par l'astigmatisme, par le docteur G. Martin (de Bordeaux). — Les troubles oculaires dans le goître exophthalmique, par M. Dianous (de Nantes). — Les résultats des grandes pertes de substances de la cornée, par M. Gayet (de Lyon). Ces accidents sont consécutifs à des abcès de la cornée; pour y remédier, l'auteur se demande si l'on ne pourrait pas substituer à la simple ouverture de l'abcès une section périphérique de la cornée avec une large iridectomie. — Traitement de l'obstruction du canal nasal et de quelques-unes de ses complications, par le docteur H. Juler (de Londres). — Sur l'anisométropie en général, et comme cause du développement de la myopie, par le docteur Seggel (de Munich). — Sur la perception visuelle, spécialement par rapport au sens des couleurs, expliquée par un mouvement moléculaire, par le docteur Lyder Borthem (de Trondjem). — Sur l'insuffisance des muscles droits externes, par le docteur Noyes (de New-York. — Sur la réfraction chez les nouveau-nés, par le docteur J. Bjerrum. — Sur l'emploi de la galvanocaustie dans le traitement des affections oculaires, par le docteur Nieden. — La meilleure méthode de diagnostiquer et de corriger l'astigmatisme, par le docteur H. Juler. — Le retentissement sur la papille optique des lésions des parties antérieures de l'œil, par le professeur Gayet (de Lyon). — Du strabisme latent, surtout de la divergence latente, par le docteur Hansen-Grut. — Sur l'atropinisation au début du strabisme convergent, par M. le docteur Boucheron. — De la relation entre la gastrite chronique et quelques affections de l'œil, par le docteur Christensen. — Nouvelles recherches sur l'anatomie du nerf ciliaire, par le docteur Sattler. — Sur la relation des troubles de la peau avec l'apparition des troubles de la vue, par le docteur Mooren (de Dusseldorf). — Présentation de divers instruments, entre autres d'un appareil pour reconnaître la simulation d'amaurose d'un œil, par le docteur Melkens (de Copenhague).

(A suivre.) L.-H. Petit.

BIBLIOTHÈQUE

Diagnostic et traitement des maladies du cœur, par M. Constantin Paul. Paris, 1883; Asselin.

L'année 1883 a vu la publication de deux ouvrages qui feront date dans la littérature des cardiopathies : celui de M. Peter dont la personnelle et puissante originalité a été naguère signalée à cette même place ; celui de M. Constantin Paul dont je constate aujourd'hui avec la même impartialité le très heureux et très légitime succès.

Ce jugement est motivé par les qualités intrinsèques de ce dernier ouvrage et aussi par l'opportunité de son apparition.

En effet, il arrive à l'heure où l'opinion médicale demande satisfaction. Elle a été fati-

guée des singularités cliniques décrites depuis quelques années sous la rubrique de maladies du cœur; de ces formes dites ébauchées, de ces types larvés, frustes, masqués, de ces affections anormales; toutes maladies d'exception, réelles parfois, mais dont il est si difficile de contrôler l'existence.

Le livre de M. Constantin Paul a un tout autre but : le haut enseignement du lecteur, l'étude classique, méthodique et raisonnée des maladies du cœur avec les moyens d observation, d'instrumentation et d'exploration de la science moderne. Il fait appel au jugement du médecin, le persuade s'il est possible, ne l'étonne jamais; et s'il n'enlève pas toujours son adhésion doctrinale, il mérite du moins son éloge et son estime.

L'auteur est de ceux qui cherchent, observent et méditent avant de prendre la plume. Il a pris tout son temps, comme le prouvent, depuis plusieurs années, ses communications aux Sociétés savantes, ses notes aux journaux et ses mémoires dont l'*Union médicale* a inséré quelques-uns. Aussi avons-nous sous les yeux un livre patiemment élaboré, dans lequel l'auteur montre sa foi scientifique, marche au pas du progrès et, qualité trop rare, professe le respect du lecteur.

Au lieu de la préface habituelle, M. Constantin Paul fait précéder ce volume d'une notice biographique d'un maître, l'une des figures les plus nobles et les plus respectées de la médecine contemporaine, J. Bouley, frère du savant titulaire actuel de la chaire de pathologie comparée au Muséum; médecin d'hôpital, savant, lettré, artiste à son heure, causeur toujours charmant, et surtout encyclopédiste attardé dans le siècle des spécialistes et des spécialisations à outrance. Ces pages honorent à la fois l'élève et le maître.

« Tout médecin, dit M. C. Paul, qui veut faire le diagnostic d'une maladie de manière « à satisfaire aux exigences de la clinique moderne et surtout de la clinique française, « doit résoudre successivement les quatre problèmes suivants : 1° reconnaître les symp- « tômes; 2° reconnaître l'affection; 3° reconnaître la maladie; 4° reconnaître l'individua- « lité du malade. »

Ces principes étant admis, on peut se demander ce qu'est l'affection. L'auteur de répondre : « L'affection d'un organe et de ses fonctions n'étant qu'une déviation du type « normal, il faut bien, pour juger de ces déviations, connaître à fond ce type normal, « non seulement à l'état parfait, mais encore avec toutes les variétés du type « normal. »

De là des chapitres sur la *topographie du cœur*, son *examen clinique*, le *diagnostic de ses déplacements*, son *innervation*, le *pouls*, les *palpitations*, la *syncope* et *l'anémie*, sur la *technique de l'exploration cardiaque*, par les *appareils automatiques* et les *instruments* dont M. C. Paul est l'ingénieux inventeur.

Parmi les paragraphes d'une incontestable originalité, je signalerai le *pouls de l'émotilité* et celui du *mal de théâtre*, accident syncopal d'origine gastrique, dont l'auteur, en sa qualité de médecin de théâtre, a souvent été témoin. Dans le chapitre des bruits de l'anémie, on lira sans doute avec profit l'exposé des travaux de l'éminent et sévère représentant des grandes traditions de la clinique française ; la discussion sur les *bruits anémo-spasmodiques* et les *bruits extra-cardiaques*, questions d'actualité et d'interprétation difficile ; enfin le chapitre très clinique des *fausses endocardites* et de *l'anémie dans le rhumatisme*.

Après ces nécessaires et longs préliminaires, la route est déblayée d'obstacles. M. C. Paul entre de plain pied dans l'étude des affections du cœur : *péricardites*, *endocardites*, *anévrysmes valvulaires*, *lésions orificielles*, etc., etc. C'est la description de l'affection; tout à l'heure il en arrivera à celle de la maladie et du malade. Mais avant d'aller plus loin, on ne saurait trop lire le chapitre de la *maladie de Hogdson*, écrit en partie d'après le texte anglais, en partie d'après des observations personnelles. Comme je l'ai déjà écrit dans ce journal, ces pages sont la réhabilitation d'une affection trop méconnue.

Me voici à la partie de l'ouvrage qui est consacrée à l'évolution des cardiopathies. La lésion existe; mais l'organisme la supporte, la maladie est dans la période de tolérance. Or, que doit-on entendre par tolérance ? L'auteur déclare que « la santé n'est qu'une « harmonie relative et n'a rien d'absolu; aussi, quand on dit que la tolérance pour une « lésion cardiaque est complète, c'est dire qu'elle laisse le malade vivre de la vie com- « mune; on n'exprime qu'un à peu près. »

Par cela même qu'elle est un à peu près, cette tolérance disparaîtra et on observera des troubles morbides variés que M. Constantin Paul énumère et discute : *dyspnée d'effort*, *palpitations intermittentes*, *aryhthmies*, *hypertrophies*, *encéphalopathies cardiaques*, *accidents variés du foie*, *du rein et du poumon cardiaques*; tous phénomènes variés, méritant un diagnostic d'autant plus sévère que les tentatives pour les élever au rang de

formes morbides ou de types anomaux des cardiopathies sontà la fois une faute d'interprétation et une erreur de doctrine.

La deuxième partie se termine par des chapitres complémentaires sur la *maladie de Basedow*, les *anévrysmes aortiques* et les *maladies du cœur du fœtus*, étude presque neuve ou tout au moins peu explorée jusqu'à ce jour.

Les dernières pages sont consacrées à la thérapeutique des maladies du cœur. Les indications et l'emploi des principaux médicaments cardiaques ont été largement appréciés; jamais jusqu'à ce jour, sinon dans les leçons de thérapeutique de M. Dujardin-Beaumetz, on n'avait consacré autant de chapitres à cet objet. Nous avions le droit de nous y attendre de la part du continuateur des ouvrages de Trousseau et de Pidoux.

M. C. Paul discute la valeur des divers médicameuts cardiaques : digitale, bromures, convallaria maialis, etc., etc., jusqu'à celle du poison des flèches de Borneo ou jakum de Malacca, et au venin de la salamandre aquatique. C'est donner satisfaction aux appétits des thérapeutes les plus avides de nouveautés médicamenteuses. Toutefois, il me semble que la caféine méritait une mention et que la nitro-glycérine avait droit à quelques lignes à côté du nitrite d'amyle.

Véritable compendium des maladies du cœur, cette œuvre de maturité et de sagesse clinique exprime bien l'état réel de la science. Elle est donc à la fois un livre d'enseignement pour le débutant et un livre de perfectionnement pour le praticien. — C. E.

Contribution a l'étude de la sclérose multiloculaire chez les enfants, par M. le docteur Moncorvo. — 1884, Berthier.

Le mémoire du savant professeur de la policlinique infantile de Rio-de-Janeiro arrive à son heure et complète le travail que M. Marie a publié naguère sur la même question. La sclérose multiloculaire infantile n'est pas une maladie commune et c'est tout récemment qu'on a essayé d'en donner l'histoire clinique.

Ce n'est pas à dire pour cela qu'elle est exceptionnelle ; à preuve la statistique de notre estimé confrère du Brésil qui en observa trois cas dans une série de sept cents enfants soignés pendant l'année 1882-83. Déjà sur ce point, il y a donc lieu de tenir grand compte de l'opinion de M. Moncorvo qui a pu si rapidement en réunir trois cas, tandis que M. Marie en comptait seulement 14 dans toute la littérature médicale.

En comparant ses propres remarques auxquelles sa grande pratique donne une réelle autorité avec les faits cités par les auteurs, M. Moncorvo constate que la maladie peut débuter dès la première année, augmente de fréquence vers la puberté et attaque les garçons plutôt que les filles. Il établit en outre l'existence de ses liens de causalité avec la syphilis et au point de vue de la symptomatologie, analyse minutieusement, en discutant leur valeur clinique, les troubles de motilité : parésie, tremblement, défaut de coordination ; les troubles dits céphaliques par M. Charcot, c'est-à-dire le strabisme, l'amblyopie et le nystagmus, les troubles de la parole et enfin les troubles psychiques.

Le traitement iodo-hydrargyrique a procuré quelques succès qui témoignent en faveur de l'hypothèse syphilitique des accidents dans un grand nombre de cas, c'est-à-dire de l'opinion de notre savant confrère brésilien. Cette brochure est l'œuvre d'un clinicien de talent ; elle mérite donc lecture et de plus prendra une bonne place dans l'histoire des myélites de l'enfance. C'est assez dire qu'elle est digne de son auteur si distingué, ainsi que de ses précédents et nombreux travaux. Ce mémoire fait donc honneur au corps médical de Rio-de-Janeiro dont M. Moncorvo est, comme on le sait, un des plus laborieux représentants. C. Eloy.

Les cures d'hiver dans les Alpes (*Davoz, Wiesen, Saint-Moritz* et *Maojla*). — The Alpine Winter cure with notes on Davoz-platz, Wiesen, Saint-Moritz et the Maojla. — Par le docteur A. Tucker Wise. London 1884 : Baillière, Tindall et Cox.

Dans cette nouvelle édition de mémoires sur les climats alpestres, l'auteur fait valoir les avantages thérapeutiques que les phthisiques peuvent espérer de leur séjour d'hiver sur les montagnes des Grisons et en particulier sur le plateau de Maojla, où un établissement vient d'être créé pour les recevoir. Le plateau de Maojla a les avantages et les inconvénients des stations de la haute Engadine dont elle est la plus élevée en altitude. Celle-ci mesure 6,000 pieds, tandis que Wiesen et Andeematt sont à 4,700 et Davoz à 5,100 pieds au-dessus du niveau de la mer.

Ce petit livre donne d'utiles renseignements sur la climatologie comparée, la topographie, et les ressources des diverses stations de la haute Engadine. Il mérite donc d'être consulté pour les futures descriptions des stations hivernales sur les hauts

plateaux de la Suisse, d'autant plus qu'écrit avec l'esprit pratique habituel à nos voisins des bords de la Manche, il contient de nombreuses indications qu'on chercherait en vain ailleurs. A ce titre surtout le livre de M. Wyse mérite recommandation. Au point de vue de la thérapeutique de la phthisie, il y a de nombreuses réserves à faire sur des conclusions que tous les cliniciens sont loin de partager. — C. L. D.

VACCINE ET VARIOLE. — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LEURS RAPPORTS, par le docteur Louis BERTHET. — Paris, J.-B. Baillière, 1884.

Ce mémoire a été inspiré par des expériences originales entreprises au laboratoire de médecine expérimentale et comparée de la Faculté de Lyon. La première partie a pour objet de rappeler l'historique de la variole et de la vaccine, et d'exposer l'état de la discussion sur l'identité et la non-identité de l'une et de l'autre. Le problème posé par les auteurs, et dont M. Louis Berthet a essayé d'éclaircir l'obscurité, consiste donc, au moyen de recherches de laboratoires, à établir les rapports de la variole et de la vaccine. C'est l'exposition de ces travaux qui fait l'objet de la seconde partie.

Les expériences, faites avec les précautions d'usage, consistaient dans l'injection intra-veineuse dans la jugulaire des chevaux de liquide variolique récolté sur des enfants de l'hôpital de la Charité de Lyon. Or, ces injections ne donnèrent lieu à aucune éruption ressemblant à du horse-pox et, conséquemment, ne transforment pas la variole en vaccine. Elles autoriseraient donc à conclure à la non-identité des deux virus.

Il n'en serait pas de même si la vaccine était un virus atténué; car, selon la remarque de l'auteur, « l'atténuation du virus n'est pas sa transformation..... L'atténuation « *abrutit*..., toute une espèce de ces infiniment petits.... Mais ces microbes, s'ils sont « assujettis, on ne les a pas transformés; l'atavisme persiste et, dans la foule, quelques- « uns, plus forts, plus résistants, se souviennent des ancêtres, héritent de leur énergie « et recommencent la lutte ».

De là cette conclusion pratique que, pendant longtemps encore, on continuera, comme moyen de prophylaxie de la variole, de préférer le virus jennérien ou virus variolique atténué; de là aussi cette justification des efforts de ceux qui cherchent encore, avec M. Chauveau, « à chaque virus pernicieux un agent de même famille, mais à action « bénigne, et jouissant de la propriété de détruire la faculté germinative du premier ».

C. L. D.

REVUE DES JOURNAUX

Journaux italiens.

Encéphaloïde des amygdales. Cours de laryngolâtrie de M. le professeur F. MASSEI. (N° 6, *Rivista clinica dell' Universita di Napoli.*) — Observation recueillie par M. le docteur MASUCCI. — Un homme de 48 ans, sans antécédents pathologiques, est reçu à la clinique de M. le professeur de Renzi, se plaignant depuis deux mois de souffrir de la gorge, de tousser constamment et d'avoir une constriction pénible de toute la région. L'examen révèle à la partie antérieure du cou une pléiade de ganglions engorgés; à l'intérieur de la cavité buccale, on trouve à la base du voile du palais un tissu de nouvelle formation et une perte de substance qui comprend une partie de la luette. Les côtés de cette plaie sont recouverts d'un enduit grisâtre et l'on voit de distance en distance des points sphacélés. Il existe en outre dans la région tonsillaire une large ulcération de forme arrondie développée aux dépens du tissu glanduleux et exhalant une odeur fétide due aux points mortifiés.

Lés organes thoraciques sont sains.

La température n'atteint pas 39°.

Le diagnostic ne pouvait porter que sur une hypertrophie, une syphilide gommeuse ou un néoplasme des amygdales.

M. le professeur Massei, dans une leçon faite à ce sujet, a recherché la vérité par élimination, montrant les caractères spéciaux et différentiels de chacune des affections suspectées. Par sa diffusion sur les deux glandes, par sa consistance molle, par l'ulcé-

ration et la rapidité du développement, le maître a pensé qu'il s'agissait d'un encéphaloïde et qu'il n'y avait pas lieu d'intervenir chirurgicalement. Le traitement consista simplement en pulvérisations phéniquées, en insufflations d'iodoforme et, à l'intérieur, en préparations arsenicales et balsamiques.

Peu de temps après, le malade mourut.

Du bruit de gémissement dans les lésions valvulaires du cœur, par M. le docteur Capozzi. (*Il Morgagni* et *Rivista clinica*. Fév. 1884.) — C'est une règle générale en sémiotique que, de la seule qualité des bruits morbides, il n'est pas permis de tirer un argument pour la diagnose des diverses altérations que peut présenter le centre circulatoire. M. le docteur Capozzi a trouvé cependant un certain nombre de fois un bruit très net, typique et bien rare, ressemblant à une plainte, siégeant deux fois à la pointe du cœur, et se produisant pendant la systole ventriculaire. Trois autres fois, le même bruit avait son maximum d'intensité au niveau des valvules aortiques et pendant la diastole. Dans quatre autopsies, l'auteur a trouvé la perforation de ces valvules. Chez un sujet ayant présenté ce bruit anomal, les valvules aortiques n'étaient pas perforées, dans le vrai sens du mot, ni insuffisantes ; mais les bords contigus de la valvule droite et de la valvule gauche, près de leur point d'insertion, étaient comme rétractés et formaient pendant leur fonctionnement un petit pertuis de forme elliptique et de la dimension d'une lentille.

De l'hémorrhagie consécutive à l'extraction de la cataracte. Note de M. le professeur Vincent Gotti. (*Rivista clinica*. Juin 1884.) — Les auteurs semblent d'accord pour admettre la gravité excessive de l'hémorrhagie qui suit immédiatement l'opération de la cataracte. M. le docteur Galezowski, dans le recueil d'ophthalmologie de novembre dernier, a cité deux cas récents, l'un du docteur Sédan et l'autre du docteur Warlomont, tous deux terminés par la perte de la vision. Dans la dernière observation, M. le docteur Warlomont crut même, suivant l'exemple de Bowman, devoir pratiquer, séance tenante, l'énucléation de l'œil afin d'éviter les longueurs du traitement, et peut-être un phlegmon du bulbe.

Plus heureux a été M. le professeur Magni. Son opéré, âgé de 70 ans, venait de subir l'opération par le procédé qu'emploie cet oculiste, c'est-à-dire par l'incision linéaire inférieure sans iridectomie; tout avait marché pour le mieux; le malade avait distingué les objets qui lui étaient présentés, et l'on procédait au pansement. Tout d'un coup, le chirurgien s'aperçoit qu'une petite quantité de sang s'était épanchée dans la chambre antérieure; l'opérateur s'empresse de l'en faire sortir avec la curette de Daviel; mais, peu d'instants après, le même accident se reproduit avec plus d'intensité que la première fois. Le chirurgien crut devoir suspendre toute nouvelle manœuvre et se borner à appliquer sur l'œil des compresses d'eau froide. La nuit suivante, le malade fut tranquille; seulement, il s'était écoulé une certaine quantité de sang qui avait souillé les pièces du pansement et la figure de l'opéré. L'œil avait conservé son aspect satisfaisant, la chambre antérieure était remplie de sang, la plaie béante et l'iris en procidence par suite d'un gros caillot qui le distendait; la fonction visuelle était complètement abolie. Le professeur supposa que l'hémorrhagie avait été produite, *ex vacuo*, par la rupture d'un vaisseau rétinien sans doute athéromateux. On fit de la compression légère après avoir nettoyé les parties superficielles. Le froid fut continué sous forme de compresses mouillées et de sangsues appliquées à la tempe. Peu de jours après, la résorption se fit graduellement et sans discontinuer, détergeant on ne peut mieux toutes les parties atteintes. Le malade revit la lumière et les menus objets qui lui furent présentés. L'iris procident fut excisé et la compression maintenue une dizaine de jours, au bout desquels le malade était complètement guéri.

Millot-Carpentier.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 septembre 1884. — Présidence de M. A. Guérin.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une série de communications relatives au choléra : elles sont renvoyées à l'examen de la commission du choléra.

2° Une lettre de M. le docteur Heurtaux (de Nantes) qui sollicite le titre de membre correspondant.

M. Jules Guérin, à l'occasion du procès-verbal, lit une note de M. le docteur Bourguet (d'Aix), membre correspondant, adressée à l'Académie pour la séance de mardi dernier et qui ne lui a pas été communiquée, contrairement à l'usage.

Or, cette note semble à M. Guérin mettre hors de doute et hors de toute contestation les quatre points suivants :

1° Le choléra n'a pas été importé à Aix ;

2° On a pu y suivre l'évolution caractérisée de la constitution épidémique ;

3° Tous ces cas se sont montrés simultanément sur des points éloignés les uns des autres ;

4° Finalement, ces cas se sont manifestés successivement sur des sujets sans communication entre eux et sans communication antérieure avec les *points*, *sujets* et *objets préalablement* infectés dans d'autres localités.

M. Proust répond à M. J. Guérin que la lettre de M. Bourguet (d'Aix) s'est trouvée mêlée au dossier des autres communications relatives au choléra et envoyée à la commission spéciale chargée de les examiner. C'est sur l'ordre exprès de M. Proust, lorsque cette confusion a été reconnue, que la note de M. Bourguet a été envoyée à l'imprimerie et insérée dans le *Bulletin.*

M. Marey dit que cette interminable question de l'importation ou de la non-importation du choléra ne peut être jugée qu'à l'aide d'une enquête qui porterait surtout sur les cas de choléra développés dans les petites localités.

M. J. Guérin fait observer que rien n'est plus difficile que de démontrer les faits d'importation, même dans les petites localités, l'invasion des prétendus cas d'importation étant toujours précédée par une constitution épidémique à laquelle sont dus des cas ébauchés, diarrhée, cholérines, etc., qui échappent le plus souvent à l'attention des observateurs.

M. Brouardel présente, de la part de M. Maurice de Thierry, un nouvel appareil dit *héma-spectroscope,* destiné à la recherche de quantités infinitésimales de sang dans un liquide quelconque : eau, urines, humeurs, etc. Cet appareil est appelé à rendre des services à la médecine légale, à la chimie biologique et enfin aux naturalistes. (Comm. : MM. Gariel, Giraud-Teulon et Brouardel.)

— M. Leroy de Méricourt lit, au nom de la Commission des épidémies, un rapport sur les lettres adressées relativement au traitement du choléra. Sur seize lettres reçues, trois seulement viennent de France et toutes les autres de l'étranger.

M. Leroy de Méricourt communique ensuite une *note sur un bacille courbe existant dans la diarrhée de Cochinchine,* adressée par M. le docteur Treille, médecin professeur à Rochefort.

M. Jules Guérin dit qu'un temps viendra où l'on saura ce que valent ces *points* et ces *virgules* dont on fait en ce moment tant de bruit, et qui, pour lui, n'ont absolument aucune signification.

— M. Brouardel est appelé à la tribune pour la discussion des conclusions du rapport de la Commission d'hygiène sur les propositions de M. Marey relatives à l'enquête administrative à faire et à l'ensemble des mesures hygiéniques à prendre contre les épidémies de choléra.

Voici la première conclusion de la Commission :

« Il est désirable *qu'une enquête* administrative, vu l'urgence, soit instituée tout de suite, de façon à connaître les causes démontrées ou présumées de l'apparition des épidémies cholériques antérieures dans les diverses villes ou villages de France, leur marche et les conditions qui en ont favorisé le développement, notamment les causes d'insalubrité spéciales à ces villes ou villages, la pureté des eaux d'alimentation, les méthodes de vidange, etc.

« Elle demande que, pour l'épidémie actuelle, tous les documents relatifs à ces diverses questions soient soigneusement enregistrés, dressés de façon à être comparables entre eux.

« Elle estime que l'étude du passé sanitaire de chaque commune peut seule permettre

à l'administration de prendre les mesures nécessaires pour empêcher que les mêmes causes ne produisent les mêmes désastres lors du retour de chaque épidémie nouvelle. »

M. Blot s'étonne que l'on invoque des causes générales pour expliquer la manifestation d'un accident passager; en effet, les causes d'insalubrité sont permanentes, tandis que le choléra est intermittent.

Il y a donc autre chose que ces causes banales pour expliquer la production des épidémies cholériques.

M. Gueneau de Mussy (Noël) s'étonne à son tour de l'objection de M. Blot; ces causes que l'on appelle *banales* peuvent, en effet, devenir *spécifiques* à un moment donné; si l'on admet, ce qui est pour lui l'expression de la vérité, que le choléra peut être transmis par les eaux potables contaminées par les déjections des cholériques, on admettra nécessairement la nécessité d'une enquête sur le régime et la distribution des eaux dans les diverses localités.

M. Jules Guérin a vu, à Toulon, les déplorables conditions d'insalubrité de cette ville infecte où les déjections humaines sont répandues sur la voie publique, ce qui doit contribuer inévitablement à la propagation des épidémies cholériques; une enquête sur ces conditions et une prompte réforme lui paraissent également nécessaires.

Après quelques observations de M. le rapporteur, la première conclusion est adoptée.

La deuxième conclusion est adoptée sans discussion. Elle est ainsi conçue : « Les eaux qui servent à la consommation doivent être exemptes de toute souillure. Il y a lieu de faire examiner par les commissions d'hygiène les eaux qui, actuellement, sont utilisées en boisson, et de soumettre à leur approbation les projets de dérivation et de distribution des eaux qui doivent servir dans l'avenir à l'alimentation des villes et des villages. » (*La suite au prochain numéro.*)

FORMULAIRE

Poudre antidiarrhéique. — Smith.

Sous-nitrate de bismuth	1 gr. 80 centig.
Opium brut pulv.	0 — 06 —
Carbonate de chaux précipité.	1 — 80 —

Mêlez et divisez en dix prises. — Une prise par jour, aux enfants atteints de diarrhée. Eau albumineuse pour boisson, lavements amidonnés. — N. G.

COURRIER

Nécrologie. — Nous apprenons la mort de M. le docteur Emile Blanc, à Lyon. Il s'était consacré à la spécialité des maladies du larynx. Sa thèse sur le cancer du larynx est une des premières monographies françaises sur cette affection, et les membres du congrès de laryngologie, qui a tenu sa dernière séance à Paris, se souviennent sans doute des observations qu'il leur a communiquées sur les kystes du larynx.

Nominations. — Par décret en date du 27 août, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Thomas, médecin en chef de la marine à l'hôpital principal de Toulon.

Au grade de chevalier : MM. Guiol, médecin-major du 4e régiment d'infanterie de la marine à Toulon ; Arnaud, médecin de 1re classe de la marine à Toulon ; Billaudeau, pharmacien-professeur de la marine à Toulon.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs

Sommaire

Hôpital Tenon. — Service de M. le docteur Quénu.

Note sur un cas de contusion du plexus brachial avec oblitération de l'artère axillaire, par suite d'un traumatisme de l'épaule

Par E. Leflaive, interne des hôpitaux.

Le nommé Debrat, Désiré, âgé de 30 ans, terrassier, entre le 4 avril 1884, à l'hôpital Tenon, salle Nélaton, lit n° 9, dans le service de M. Quénu, remplaçant M. Lucas-Championnière.

Le 3 avril, pendant son travail, ce malade reçut sur l'épaule gauche une forte pièce de bois dont le choc le jeta par terre ; dans cette chute la tête alla porter sur un madrier. Le malade resta deux heures sans connaissance, et fut apporté dans la journée du 4 à l'hôpital Tenon. A son entrée, comme il se plaignait d'une vive douleur dans le côté gauche, l'interne de garde constata l'existence d'une fracture de côtes, et on lui appliqua un bandage de corps.

Le lendemain 5 avril, voici ce qu'un examen plus complet permit de reconnaître :

Du côté de la tête, on trouve une plaie du cuir chevelu sans gravité, déjà réunie. Elle siège au sommet de la tête, immédiatement à gauche de la ligne médiane. Sa forme est assez remarquable : sur une surface de trois ou quatre centimètres carrés, le derme a été simplement excorié et les cheveux arrachés. En dehors de cette surface se voient deux lignes parallèles, l'une de deux centimètres et demi, l'autre de 3 à 4 centimètres de long. Elles sont séparées par des intervalles d'un demi-centimètre environ où le cuir chevelu paraît intact ; les bords n'en sont pas contus. Bien que déjà réunies par première intention on peut les décoller avec un stylet et reconnaître que la solution de continuité porte non seulement sur le derme, mais encore sur la couche sous-cutanée, et le stylet peut aller explorer la boîte crânienne qui ne paraît ni dénudée, ni fracturée à ce niveau.

On constate en outre une inégalité pupillaire très marquée : la pupille droite est dilatée, mobile ; la gauche est très resserrée, immobile.

Du côté du thorax, le malade accuse dans le côté gauche une très violente douleur, dont le maximum se trouverait sur la ligne axillaire à la hauteur du quatrième espace intercostal. La pression exaspère beaucoup cette douleur, mais on ne peut constater de crépitation. Toute la région thoracique gauche est le siège d'un emphysème sous-cutané dépassant la clavicule en haut, mais n'empiétant pas sensiblement sur le côté droit, sur l'abdomen, ni sur le membre supérieur gauche. Cet emphysème assez prononcé est un obstacle très sérieux à l'examen des régions sous-claviculaire et axillaire. Au niveau du bord antéro-inférieur de l'aisselle se voit une petite ecchymose. Par la percussion on constate une sonorité exagérée de tout le côté gauche du thorax ; à l'auscultation le murmure vésiculaire ne s'entend bien nettement qu'au niveau de l'omoplate, car le cri de l'emphysème sous-cutané masque les bruits respiratoires. Pas d'expectoration sanglante, pas de dyspnée.

Le bras gauche tout entier est paralysé, tant au point de vue de la motricité qu'à celui de la sensibilité. L'insensibilité est complète, sauf cependant à la partie interne du bras, dans le territoire auquel se distribuent les rameaux venus des nerfs intercostaux ; cette anesthésie s'étend aussi à la sensibilité à la température. Quant aux muscles, ils sont tous paralysés y compris le deltoïde ; le bras pend flasque le long du corps. L'épaule ne paraît pas présenter d'autres lésions dues au choc direct dont elle a été le siège et qui a laissé peu de traces au point atteint. Les battements artériels ont complètement disparu aussi bien dans les artères humérale et axillaire que dans la radiale et la cubitale ; ils sont au contraire faciles à percevoir dans la sous-clavière, immédiatement au-dessus de la clavicule. Le membre n'est pas œdématié ; il ne paraît pas refroidi ; il est seulement un peu pâle.

Rien à signaler du côté du bras droit ni du côté des membres inférieurs ; aucun sphincter n'est paralysé.

La température axillaire est de 37°,5.

Le diagnostic porté est : commotion cérébrale légère, fracture de côtes avec blessure du poumon, pneumothorax et empyème ; la monoplégie brachiale et les phénomènes d'oblitération de l'artère axillaire sont attribués à la compression du plexus brachial et de l'artère entre la clavicule et la première côte.

6 avril. L'emphysème est un peu moins prononcé. L'insensibilité du membre supérieur gauche est si complète qu'on peut enfoncer profondément une épingle dans la main du malade sans qu'il s'en aperçoive.

La température reste à 37°, 5 soir et matin.

9 avril. Le pneumothorax et l'emphysème ont à peu près disparu. La main est chaude, mais les battements artériels font toujours défaut dans tout le membre. L'ecchymose de l'aisselle ne s'est pas étendue ; au-dessous de la clavicule on trouve comme une sorte d'empâtement que l'emphysème devait masquer les premiers jours.

La pupille gauche reste toujours immobile ; le malade se plaint pour la première fois de ne pas bien entendre de l'oreille du même côté.

12 avril. L'exploration de l'aisselle est devenue plus facile. En plaçant une main dans l'aisselle et l'autre sous la clavicule, on saisit ainsi la paroi antérieure entre les doigts, et on constate une tuméfaction manifeste qui semble partir de la clavicule et descendre le long du petit pectoral dont elle a la forme ; elle est dure et ne présente pas trace de battements.

Les muscles se contractent, quoique difficilement, sous l'influence d'un appareil électrique à courants interrompus. Lorsqu'on fait porter les électrodes sur le trajet d'un nerf, le médian par exemple, ce ne sont pas les muscles qu'il innerve qui se contractent, mais les muscles les plus voisins, le biceps.

Pas de modification de l'état des pupilles ; pas de fièvre.

19 avril. Même état; un peu de céphalalgie qui disparaît avec l'aide d'un purgatif. Electrisation du bras, quand l'état de l'appareil électrique le permet.

25 avril. Le malade se lève; l'état des pupilles est toujours le même; la monoplégie ne se modifie pas; les battements artériels ne sont perçus en aucun point. La surdité à gauche disparaît. Le malade dit ressentir quelquefois des fourmillements dans le coude (?).

15 mai. La tuméfaction signalée au niveau de la paroi antérieure de l'aisselle a disparu, et à la palpation du côté du creux axillaire, on ne constate rien d'anormal, sinon peut-être un peu d'empâtement au voisinage de la clavicule.

Le malade accuse dans le bras des élancements qu'il compare à des éclairs ; son bras lui semble, dit-il, moins lourd, mais l'insensibilité est toujours absolue, sauf à la face interne du bras, comme il a déjà été dit.

L'état général est satisfaisant; le malade se promène toute la journée et aide au service.

16 juin. Le malade demande sa sortie. Son état reste stationnaire. La pupille gauche est toujours contractée et immobile. Le bras du même côté reste toujours paralysé et insensible; les battements artériels n'ont reparu dans aucune artère. Enfin, à la longue, il s'est produit des troubles trophiques, tels que : amaigrissement des masses musculaires, sécheresse de la peau, incurvation des ongles.

Nous apprenons que notre malade est entré le lendemain à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Vulpian, remplacé par M. Déjerine; son état, nous a-t-on dit, est resté à peu près le même (2 août).

Réflexions. — Après avoir donné l'histoire de notre malade, nous devons justifier notre diagnostic.

Le traumatisme crânien suffisant à causer une perte de connaissance de deux heures, aurait pu, au premier abord, être invoqué pour expliquer tous les autres accidents. La localisation des troubles sensitifs et moteurs à tout le membre supérieur gauche, à ce membre absolument seul, rendait leur origine centrale bien problématique. De plus, la répartition anatomique de la paralysie motrice et de l'anesthésie indiquait encore plus nettement l'origine funiculaire de ces accidents. La suppression des battements artériels permettait d'indiquer leur point de départ. Et, plus tard, on put constater au niveau de la clavicule une tuméfaction profonde montrant qu'un traumatisme avait porté sur le plexus brachial et sur l'artère axillaire par l'intermédiaire de la clavicule.

Remarquons encore que la plaie du cuir chevelu siégeait à gauche, ce qui, il faut le dire, n'indiquait nullement que le point où l'encéphale

aurait été le plus atteint fût du même côté. Mais la forme même de la plaie paraissait nous indiquer un traumatisme crânien d'intensité médiocre.

Pour ce qui est de l'inégalité pupillaire, que rien ne nous permet de regarder comme antérieure au traumatisme, c'est peut-être le symptôme qui invitait le plus à chercher une lésion centrale. Sans prétendre l'expliquer, nous croyons que ce signe ne suffit pas à écarter l'idée d'une lésion funiculaire portant sur le plexus brachial.

En effet, d'après les recherches de Budge et Valler, il existe à la partie supérieure de la moelle dorsale un centre dit cilio-spinal présidant à la dilatation de la pupille. Les filets nerveux issus de ce point gagnent le cordon sympathique cervical par les rami communicantes des deux premières paires dorsales. Cl. Bernard a montré que la section de ces deux nerfs, à leur sortie, supprime l'action de ce centre et amène le resserrement de la pupille.

Le traumatisme du plexus brachial n'a pas été sans retentir à quelque distance, et les tiraillements qu'il a produits à l'origine des nerfs qui le constituent ont peut-être pu déterminer une suppression de fonctions soit du centre cilio-spinal, soit des filets qui en émanent.

Il ne nous reste plus qu'à établir la possibilité du mécanisme invoqué plus haut, possibilité admise par M. le professeur Panas (article Epaule, in *Dict. Jaccoud*). Les exemples de contusion du plexus brachial comprimé par la clavicule sur la première côte ne sont pas nombreux. Weir Mitchell n'en cite aucun dans son *Traité des lésions des nerfs*. Duchenne (de Boulogne), cité par M. Panas, en signale deux cas chez des nouveau-nés, pour l'extraction desquels on avait dû tirer avec force sur les bras. Il en était résulté une paralysie incomplète du membre avec conservation de la sensibilité. Mais les exemples de compression de l'artère qui accompagne ce plexus, qui est entourée par ses branches nerveuses, sont loin d'être rares. Et il n'y a plus alors qu'une question d'intensité de traumatisme à admettre.

« A. Cooper a signalé un cas où l'artère sous-clavière était tellement « comprimée par la clavicule luxée en arrière, que le pouls manqua à la « radiale et que la circulation dut se rétablir par les collatérales. » (Polaillon : article Sous-Clavière, in *Dict. encyclop.*)

Dans le tableau des anévrysmes de l'artère axillaire donné par M. le professeur Le Fort (article Vaisseaux axillaires, in *Dict. encyclop.*), nous relevons l'observation LXX, où l'anévrysme fut consécutif à un coup sur l'épaule; l'observation CXVI, où il fut dû à un coup de corde au même point; l'observation CXXXIII, où il résulta de l'effort fait pour soulever un bateau.

Enfin, dans un autre cas, non seulement l'artère fut déchirée, mais rompue de manière à en permettre l'oblitération, ainsi que le démontra l'autopsie. « Un homme de 54 ans fit une chute de cheval et fut transporté « sans connaissance à Saint-Georges Hospital; deux heures après, Holmes « constata l'absence du pouls au poignet gauche. Le malade, atteint d'une « fracture du crâne, mourut quatre heures après l'accident. L'artère axil« laire présentait des traces de contusion; en l'ouvrant, on vit que les « deux tuniques internes avaient été rompues transversalement dans « l'étendue d'un demi-pouce et refoulées dans l'intérieur de la cavité du « vaisseau qui était oblitéré. L'espace dans lequel la tunique interne était « détachée était rempli par un caillot. » (Cité par Le Fort., *ibid.*)

Disons enfin, pour terminer, que nous n'avons nullement à nous étonner de la suppression persistante du pouls dans toutes les artères du membre, lors même que la circulation s'est suffisamment rétablie pour en assurer la nutrition.

Dans l'article cité plus haut, nous voyons que, dans un cas où Coppin de Morlanweltz pratiqua la ligature de l'axillaire, le pouls radial n'avait pas encore reparu deux ans après la guérison du blessé.

Congrès international des sciences médicales (1)

SESSION DE COPENHAGUE — AOÛT 1884

Séances des Sections

VIII. — *Section de pédiatrie.* — M. Hirschprung, président ; Jacobi, Rauchfuss, présidents d'honneur ; Israël, Wichmann, secrétaires.

Communications : Sur l'importance de la polyclinique pédiatrique pour la propagation des notions hygiéniques parmi le peuple, par le docteur Rauchfuss (de Saint-Pétersbourg). — Sur la nature du rachitisme dit aigu, par le docteur Rehn (de Francfort), Th. Barlow (de Londres). — Pathologie et traitement de la diarrhée cholériforme des enfants, par le docteur Baginski (de Berlin). — Observations d'hémoglobinurie dans la première année, par le professeur Hirschprung (de Copenhague). — Traitement des maladies chroniques des enfants aux stations marines, par le docteur Schepelern (de Refsnœs) et le docteur Engelsted (de Copenhague). — Le croup constitue-t-il une catégorie clinique bien définie? par le docteur Rauchfuss. — Sarcome congénital des reins, par le docteur Jacobi (de New-York). — Quelle méthode antiseptique doit-on préférer dans le traitement chirurgical des enfants? par le docteur Rupprecht (de Dresde). — Sur l'invagination de l'intestin chez les enfants, et sa fréquence différente en apparence dans les divers pays, par le professeur Hirschprung et le professeur Ribbing (de Lund). — Sur l'utilité de la thermométrie dans les familles ; présentation d'un nouveau thermomètre, par le docteur Fürst (de Leipzig). — Résultats du traitement prophylactique de l'ophthalmo-blennorrhagie des nouveau-nés, par le docteur Sophus Meyer (de Copenhague). — Sur la méningite tuberculeuse chez les enfants à la mamelle, par le professeur Medin (de Stockholm). — Sur une forme rapidement curable de la paralysie spinale infantile, par le professeur Prevost (de Genève) au nom du professeur d'Espine. — De l'influence du froid dans les maladies des enfants, par le docteur Legroux. — Essai sur la fièvre rhumatismale observée chez les enfants sans manifestations articulaires, par le docteur Leroi (de Lille). — Auscultation de l'abdomen chez l'enfant ; recherches microscopiques sur le lait de la femme dans les cas où les nourrissons sont atteints de dyspepsie, par le professeur Tolmatschew (de Kasan). — Sur l'accroissement normal du poids de l'enfant après la première enfance, par MM. Malling-Hansen (de Copenhague) et Vahl (de Jœgerpris). — Sur les phlegmons sous-séreux de la paroi abdominale antérieure, par le docteur Rehn (de Francfort).

IX, *Section de dermatologie et de syphilis.* — MM. Haslund, président ; Doutrepont, Armauer, Hansen, Kaposi, Leloir, Lang, Lisys, Martineau, Malcolm Morris, Pick, Shœmaker, Thin, présidents d'honneur ; Friederich, Barthélemy, Lustgarten, Branner, secrétaires.

Communications : Étiologie du lupus vulgaire, par MM. Leloir, Pick (de Prague) et Malcolm Morris (de Londres). — Le lupus et la tuberculose de la peau, par le professeur Kaposi (de Vienne). — Présentation de préparations pharmaceutiques et d'instruments employés dans le traitement des maladies cutanées, par le docteur Unna (de Hambourg). — Étiologie et pathologie de la lèpre, par le docteur Armauer Hansen (de Bergen). — Nouveaux médicaments et modes de traitement des affections cutanées, par le docteur Shœmaker (de Philadelphie). — Sur l'excision du chancre initial, par le professeur Pick (de Prague). — Sur l'onyxis hypertrophique syphilitique, par le professeur Vajda (de Vienne). — Sur l'endoscopie, par le docteur Grünfeld (de Vienne). — Le traitement de la syphilis au moyen d'injections mercurielles, par le professeur Liebreich (de Berlin). — La syphilis des animaux, par M. Martineau. — La teigne trichophytique et le favus, par le professeur Behrend (de Berlin). — Manifestations viscérales de la syphilis héréditaire tardive, par le docteur Barthélemy (de Paris). — Combinaison du carcinome et de la gomme, par le professeur Lang (d'Insbouch). — Époque où cesse la contagiosité de la blennorrhée, par le docteur Bockhart (de Wurzbourg). — Sur le traitement abortif de la syphilis, par le docteur Vadja (de Vienne). — Sur le psoriasis, par le docteur Wulff (de Strasbourg). — Sur l'exanthème iodoformique, par le professeur Janowsky (de Prague). — Sur la variole et la vaccine, par le professeur Lipp (de Gratz). — Contribution à la pathogénie du rhumatisme blennorrhagique, par le docteur Haslund (de Copenhague).

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 2 et 4 août 1884.

X. *Section de psychiatrie et de névrologie.* — MM. Steenberg, président ; Adamkiewicz, Althaus, Ball, Eulenburg, Kjellberg, Gædeken, Læhr, Lindboe, Lunier, Magnan, Obersteiner, Pitres, Ramaer, Selan, présidents d'honneur ; Mœbius, Robertson, Voisin, Gilles de la Tourrette, Friedenreich, K. Pontoppidan, secrétaires.

Communications : Aperçu statistique sur les maladies mentales et les institutions psychiatriques des pays du Nord, par le professeur Steenberb, de l'asile Saint-Hans (Danemark). — Proposition d'uniformité des comptes rendus annuels des asiles d'aliénés des différents pays, par le docteur O. von Schwartzer (de Buda-Pest). — La morphiomanie et son traitement, par le professeur Obersteiner (de Vienne). — Sur le traitement du tabes dorsalis, par le professeur Eulenburg (de Berlin). — Du rôle des écoles dans la production des maladies mentales, par le professeur Kjellberg (d'Upsal). — De l'hérédité dans la paralysie générale, par le professeur Ball (de Paris). — Du rôle de la syphilis dans la paralysie générale, par le docteur Rohmell, de l'asile Saint-Hans. — Sur la sclérose latérale amyotrophique, par le docteur Roth (de Moscou) et le docteur Friedenreich (de Copenhague). — Sur les plaies et la compression du cerveau, par le professeur Adamkiewicz (de Cracovie). — Sur les névroses vaso-motrices et trophiques, par le professeur Eulenburg. — Traitement des congestions et des exsudations chroniques de la moelle par des ventouses vésicantes, par le docteur Baraduc. — Les altérations histologiques et la marche de la dégénération secondaire de la moelle épinière, par le docteur Homen, avec présentation de préparations microscopiques par le professeur Adamkiewicz. — De la salivation dans les maladies nerveuses, par M. Gilles de la Tourette. — Des états dyscrasiques qui exercent une influence sur la génèse des affections psychiques et nerveuses, par le docteur Müller (de Blankenburg). — Des troubles psychiques équivalents d'un accès d'épilepsie, par le docteur Hallager. — La valeur des exercices dans le traitement des maladies mentales, par le professeur Kjellberg (d'Upsal). — Sur la pathogénie de l'épilepsie, par le docteur Rosenbach (de Saint-Pétersbourg). — Contribution au traitement de la migraine et de la céphalalgie chez la femme, par le docteur Storch (de Copenhague).

XI. *Section de laryngologie.* — MM. Morell-Mackenzie, président ; Schnitzler, Gottstein, B. Fraenkel, Félix Semon, Bosworth, Moure, Stering, Krause, Martel, Hooper, présidents d'honneur ; Schmiedjelow, Mygind, secrétaires.

Communications : Importance pronostique des différentes manifestations locales de la tuberculose du larynx, par le docteur Solis Cohen (de Philadelphie). — Une classification étiologique des paralysies du larynx, par les docteurs F. Semon (de Londres) et Cadier (de Paris). — Recherches expérimentales sur la contracture des cordes vocales, par le docteur Krause (de Berlin). — Présentation d'un fauteuil à opérations, par le docteur Michelson (de Kœnigsberg). — Traitement du goitre, par M. le docteur Morell-Mackenzie (de Londres) et le docteur Ribbing (de Lund). — Des névroses réflexes ayant pour point de départ les affections du nez, par le professeur Fraenkel (de Berlin). — Photographies du larynx, par le docteur French (de Brooklyn). — La localisation du centre des mouvements du larynx dans la substance corticale du cerveau, par le docteur Bryson Delavan (de New-York) ; ce centre est situé sur le trajet de la branche antérieure de l'artère cérébrale moyenne, vers la terminaison de ce vaisseau, au voisinage de la circonvolution de Broca. — Sur l'emploi des sulfureux dans la tuberculose du larynx, par le docteur Moure (de Bordeaux). — Traitement chirurgical de la diphthérie, par le docteur Beslème-Nix. — Les accumulateurs et la galvanocaustique, par le docteur Bayer (de Bruxelles). — Sur les tumeurs tuberculeuses du larynx, par le professeur Schnitzler (de Vienne). — Mannequin pour exercices laryngoscopiques, par le docteur Garrel (de Lyon). — La voix de chant, son éducation méthodique, par le docteur Bosworth (de New-York) et le docteur Lennox Browne (de Londres). — M. Gouguenheim, retenu à Paris, n'a pu présenter son travail sur l'œdème laryngien dans la tuberculose du larynx ; par suite de l'absence de MM. Voltolini (de Breslau) et Lefferts (de New-York), une discussion sur le traitement des corps étrangers des voies aériennes n'a pas eu lieu, non plus qu'une autre discussion sur le catarrhe chronique de la cavité naso-pharyngienne, pour laquelle s'étaient fait inscrire MM. Bresgen (de Francfort), et Capart (de Bruxelles).

Dans une réunion des sections de laryngologie et d'otologie furent entendues deux communications de M. Bosworth (de New-York), sur la structure des amygdales et leurs maladies, et de M. Michael (de Hambourg), sur des instruments propres aux cavités nasales et laryngienne.

XII. *Section d'otologie.* — MM. Wilhelm Meyer, président; Ladreit de Lacharrière, Boucheron, E. Woakes, Kirk Duncanson, Schwartze, Lucæ, E. Giampietro, Wreden,

Doyer, Bazer, Heyser; Setterblad, Thaulow, présidents honoraires; E. Cousins, Mantels, Moure, V. Bremer, secrétaires.

Communications : Les différentes espèces de bruits subjectifs et leur traitement, par MM. Woakes (de Londres), Ladreit de Lacharrière (de Paris) et Lucœ (de Berlin). — Dissection de l'organe de l'ouïe, au point de vue spécial de ses modifications pathologiques, par M. Duncanson (d'Edimbourg). — La surdi-mutité au point de vue médical, par le professeur Giampietro (de Naples). — Remarques sur l'étiologie de la surdi-mutité et sur l'enseignement des sourds-muets principalement en Danemark, par L.-W. Salomonsen (de Copenhague). — Pseudo-méningite des jeunes sourds-muets, par M. Boucheron. — Sur les affections nerveuses de l'oreille, par le docteur E. Bull (de Christiania). — Sur l'ouverture chirurgicale de l'apophyse mastoïde, par le docteur Schwartze (de Halle). — Importance des maladies de l'oreille pour l'aptitude au service militaire, par le docteur Victor Bremer (de Copenhague). — Importance de l'otologie dans l'éducation médicale générale. — Ténotomie du tenseur du tympan et son importance dans le traitement de la surdité.

XIII. *Section d'hygiène et de médecine publique.* — MM. Hornemann, président; Hert, Vallin, Lunier, Thérésopolis, Wolfhügel, Sazka van der Paal, Hjelt, Heymann, Jædermann, Dahl, Key, Dabraslavine, Crudeli, Dutrieux-Bey, Veniselo-Miltiade, van Fienhausen, présidents d'honneur; Hinrooch, Bœkelmann, Makuna, Nebelong, Ulrich, secrétaires.

Communications : Documents médico-légaux sur la pendaison, par M. Coutagne (de Lyon). — Sur l'état de santé des enfants dans les écoles, par le docteur A. Hertel (de Copenhague), et le professeur A. Key (de Stockholm). — Les stations marines pour les enfants scrofuleux, spécialement l'hôpital de Refnœs en Danemark, par les docteurs S. Engelsted et V. Schepelern. — Comment pourrait-on le mieux obvier à l'abus de l'alcool? par le professeur Heyman (de Stockholm), M. Lunier et M. Selmer. — Sur l'origine du choléra épidémique à Damiette, par le docteur Dutrieux-Bey (d'Alexandrie). — L'organisation et la direction des hôpitaux, par le docteur van Fienhoven (de La Haye). — Quelles mesures faut-il considérer comme lesplus efficaces pour obvier à une épidémie, lorsqu'un cas isolé d'une maladie épidémique est survenu? Et quelles sont les maladies contre lesquelles il faut prendre telles mesures? par le docteur Linroth (de Stockholm). — L'application de l'analyse spectrale à la médecine légale, spécialement pour la démonstration de l'empoisonnement par l'oxyde de carbone, par le professeur Jæderholm (de Stockholm). — L'hygiène des cimetières, précédée d'un aperçu de l'état des cimetières en Danemark, par le docteur Levison (de Copenhague). — La prophylaxie de la fièvre jaune, par le docteur Thérésopolis (du Brésil).

XIV. *Section de médecine militaire.* — MM. Salomon, président ; Esmarch, Gurlt, Lommer, Michaelis, Neudœrfer, sir J. Handbury, Colan, sir W. Mac Cormac, Vallin, Soutzos, Billings, Winter, Edholm, Thaulow, présidents d'honneur; Ewart, Funck, Nylander, Laub, von Harten, secrétaires.

Communications : Sur la protection hygiénique d'une armée en campagne et du pays d'approvisionnement qui y correspond et qu'elle laisse derrière elle, par le docteur Michaelis (d'Inspruck). — La statistique médicale militaire comme base sérieuse et unique d'une statistique internationale des états européens, par le docteur Schmulewitsch (de Saint-Pétersbourg). — Sur le coup de soleil, par sir J. Fayrer (de Londres). — La fièvre typhoïde ou entérique parmi les soldats européens et autres sous les tropiques, par le docteur J. Ewart (de Brighton). — La périostite de fatigue comme maladie militaire fréquente, par le docteur Laub (de Copenhague). — La pneumonimétrie comme moyen de juger les états morbides douteux chez les soldats, par le docteur Dahlerup (de Nyborg). — Les boissons alcooliques dans les rations du soldat et du matelot, par le docteur Samulewitsch (de Saint-Pétersbourg). — L'occurrence épidémique et les particularités nosologiques de la pneumonie croupeuse au point de vue militaire, par le docteur J.-P. Dulsen (de Copenhague). — Le traitement antiseptique dans la chirurgie militaire en général et spécialement l'usage d'appareils de pansements efficaces et peu compliqués d'un volume si restreint qu'ils soient de préférence applicables en temps de guerre, par le docteur Staube (de Berlin), le professeur Esmarch (de Kiel), le docteur Neudœrfer (de Vienne), sir W. Mac Cormac (de Londres). — L'hémostasie chirugicale en temps de paix et de guerre, par le docteur Neudœrfer (de Vienne). — Quelques notions sur la morbidité et la mortalité dans l'armée hellénique, par le docteur Soutzo (d'Athènes). — Présentations du matériel de santé de l'armée et de la marine danoises.

Cette rapide énumération montre toute l'importance du Congrès de Copenhague ; elle eût été plus grande encore si un certain nombre des membres habituels des Congrès internationaux ne se fût abstenu d'y venir par suite de diverses circonstances, l'invasion du choléra en France et en Italie pour les uns, la maladie pour les autres, etc.

Au Congrès de cette année, une tendance à une réforme considérable dans la science médicale s'est manifestée dans plusieurs sections, je veux parler de l'uniformisation des nomenclatures et des statistiques en médecine. Cette tentative de réforme a pris naissance, il y a déjà plusieurs années, sur la proposition faite par M. le docteur Séguin (de New-York), d'établir une nomenclature uniforme pour les poids, les mesures, la thermométrie, etc. Au Congrès de Londres, ce projet avait fait un nouveau pas, et une commission avait été nommée dans le but d'établir une nomenclature uniforme des sons obtenus par l'auscultation dans le diagnostic des maladies de la poitrine. Mais ici s'élève une grande difficulté, car si l'on peut dire : *tot capita, tot sensus,* on peut dire aussi, autant d'oreilles, autant de sons différents ; et vouloir indiquer par des mots les variétés d'intensité et de nature d'un bruit thoracique, pour en faire ensuite une nomenclature pathologique internationale, me paraît devoir ne donner que des résultats incertains. Comme le disait M. Billings au Congrès de Londres, on ne pourra obtenir cette uniformité que lorsqu'on aura trouvé un moyen d'enregistrer ces bruits à l'aide d'un pneumographe quelconque, comme on a fait pour les mouvements du cœur et des artères.

Cette année, les propositions d'uniformisation ont été nombreuses : M. William Gull a proposé d'étudier, d'après un cadre tracé d'avance, toutes les maladies des différents pays; M. Panum, l'alimentation du personnel sain et malade des hôpitaux, des infirmeries, des prisons, des casernes, pour arriver à connaître quel est le meilleur mode d'alimentation ; M. le professeur Simpson, d'Edimbourg, voudrait une nomenclature commune et internationale en obstétrique ; M. le docteur Schwartzer, de Buda-Pesth, une conformité des comptes rendus annuels des asiles d'aliénés des différents pays, et, d'après nous, il y aurait intérêt à ce qu'il en fût de même pour tous les hôpitaux ; M. le docteur Samulewitsch, de Saint-Pétersbourg, propose d'utiliser la statistique médicale militaire pour en faire une base sérieuse et unique d'une statistique internationale médicale des Etats européens. Il est certain que si tous les médecins militaires de terre et de mer, qui ont la même clientèle, voulaient étudier les maladies des soldats suivant une même méthode, les résultats qu'on obtiendrait seraient considérables ; aucun autre corps médical n'a les mêmes moyens d'étude à sa disposition, et il serait à désirer que la proposition de notre confrère russe fût adoptée. J'en dirai autant d'ailleurs de celles qui ont été faites précédemment, et qui toutes avaient pour résultat certain une connaissance plus approfondie des causes des maladies et des données moins empiriques sur leur physiologie et leur traitement.

Dans le Congrès qui vient d'avoir lieu, les questions de thérapeutique, pharmaceutique ou opératoire, l'ont encore trop emporté sur celles d'étiologie ; mais l'étiologie a été cependant plus en faveur que précédemment et le vent qui souffle de ce côté, surtout en France, parviendra peut-être à entraîner dans cette direction ceux de nos confrères qui travaillent, dans tous les pays, pour la science, sans trop se préoccuper du résultat immédiat qu'elle peut donner.

L.-H. Petit.

Association française pour l'avancement des sciences.

CONGRÈS DE BLOIS.

Blois, 4 septembre 1884.

L'Association française pour l'avancement des sciences a ouvert sa 3[e] session dans la grande salle du château de Blois (salle Gaston) aujourd'hui, à deux heures et demie. — L'assistance, aussi nombreuse que d'habitude, se composait de membres de l'Association et d'invités de la ville, faisant partie pour la plupart du comité local. M. Bouquet de la Grye, président, a ouvert la séance par un discours dans lequel il rappelait l'état scientifique ancien du Blaisois comparé à l'état actuel. Mais la partie principale du discours a été consacrée à l'exposé de l'état de l'hydrographie scientifique, aux fonctions multiples que doit remplir un ingénieur hydrographe : relèvement des sinuosités des côtes, du niveau de la mer, des pulsations de la terre et de la mer permettant d'évaluer la solidité de la voûte terrestre, etc. Il montre enfin, en s'appuyant sur les travaux de l'hydrographie, que la science française n'a pas dégénérée, quoi qu'on puisse dire à l'étranger.

M. le docteur Dufay, sénateur, au nom de M. le maire de Blois, souhaite la bienvenue aux membres du Congrès et exprime les regrets causés par la mort de M. Yvon Villarceaux, membre de l'Association française et enfant de Blois. Il indique la part que Blois peut prendre au Congrès, comme centre scientifique; la contrée est couverte de monuments que les archéologues pourront étudier avec intérêt. C'est à Blois que s'est tenu le premier Congrès médical où ait été discutée la question de l'origine du choléra, question encore à l'ordre du jour et qui n'a pas fait grand progrès depuis.

Dans un discours fort applaudi, M. Grimaux, secrétaire général, rappelle les progrès de la science et les progrès de l'Association depuis un an. Il déplore les pertes causées à l'Association par la mort de Dumas, Wurtz, Henri Martin, Breguet, d'Haussonville, Girard, Dor (de la Rochelle), Lecadre (du Havre), Corewinder, etc. Mais par contre, on peut se réjouir des nouvelles acquisitions faites par l'Association et de l'honneur qui a rejailli sur elle par la nomination de plusieurs de ses membres, soit comme titulaires, soit comme lauréats des sociétés savantes. C'est certainement un des plus beaux discours qui ait été prononcés par les secrétaires généraux de l'Association.

M. Gariel a ensuite indiqué les modifications à apporter au règlement, et portant entre autres sur la création d'une section d'hygiène et sur la fusion de l'Association française avec l'Association scientifique créée en 1864 par Le Verrier. Puis M. Masson, trésorier, a fait connaître par des chiffres l'état toujours de plus en plus prospère de l'Association, qui n'a pas touché l'année dernière moins de 84,000 francs, et dont le capital s'élève a plus de 60,000 francs.

La section de médecine a constitué ainsi son bureau : président, M. Nicaise ; vice-présidents, MM. Dufay (de Blois), Decès (de Reims), Ollivier et Bouchard (de Paris) ; secrétaires, MM. Julliard, L.-H. Hetit, Picqué (de Paris), Régis (de Bordeaux) et Meunier (de Blois).

L.-H. PETIT.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1884

L'état sanitaire s'améliore lentement en Provence, et les informations administratives trouvent raison de cette persistance de l'épidémie et de ses variations obituaires dans le retour des émigrés; cependant, on doit remarquer la faible mortalité cholérique du 2 septembre à *Marseille*, où il n'y a eu que 3 décès par l'épidémie.

Dans cette ville, du 27 août au 3 septembre, l'état civil a enregistré 46 décès dus à cette maladie. A titre de renseignement, il mentionne que, durant le mois d'août, on a constaté 388 décès cholériques sur une mortalité générale de 1,246 personnes; de sorte que, jusqu'à ce jour, l'épidémie a fait 1,626 victimes dans la ville.

Dans le département des *Bouches-du-Rhône,* on a observé, à Tarascon, 1 décès le 28 août; à Tholonet, 1 décès les 30 août et 1er septembre; à Eygallières, Aroon, Saint-Andéol, Mauganes, 1 seul décès à cette dernière date; à Aix, 11 décès du 28 août au 1er septembre, dont 3 à l'asile des aliénés; à Arles, 3 décès pendant la même période. Dans chacune de ces villes, la mortalité cholérique s'est élevée à 69 décès pendant le mois d'août.

Dans le département du *Var,* il y a eu, à Toulon, en ville et dans les hôpitaux, 23 décès, du 28 août au 3 septembre; et dans les environs, 2 décès le 2 septembre à la Seyne, 5 à Solliès-Pont, 1 autre à Puget-Ville et à Pontévès.

Du 28 août au 2 septembre, l'épidémie a été relativement bénigne dans le Gard, où on signale seulement 1 décès à Nîmes, à Capelle, à Bessèges et à Saint-Chamans, et 2 à Gramont. La mortalité cholérique de ce département a été de 108 décès depuis l'invasion de la maladie jusqu'au 31 août.

Malheureusement, on ne constate pas de semblable amélioration dans les départements de l'*Hérault* et des *Pyrénées-Orientales*. Dans le premier, du 28 août au 3 septembre, il y a eu 9 décès à Béziers, 15 à Cette, 2 à Agde, 2 à Bédarieux, 2 à Pomerols, 1 à Maroussan, Meze, Pignon, Sauvian et Florensac; enfin, 8 à Fabrègues, où, à la consultation du 3 septembre, 120 personnes atteintes de diarrhée se sont présentées au médecin chargé du service.

Dans le second, l'épidémie sévit surtout à Perpignan et dans l'arrondissement de Prades. L'état sanitaire semble même amélioré dans les autres cantons du département. De l'invasion jusqu'au 31 août, on a compté 228 décès dans l'arrondissement de Perpignan, dont 104 dans cette ville, 45 dans celui de Prades et 6 dans celui de Céret. Voici quelle y a été la mortalité du 28 août au 3 septembre : Perpignan, 42; Prades, 5; Rivesaltes, 2; Jhuirs, 3; Boule-Ternère, 2; Saint-Marsal, 2; Céret, 2; Cattlar, 3; Ille, 3; Rodes, 2; Eus, 3; Saint-Félieu-d'Avall, 4; Elne, 2; Corneille-de-la-Rivière, Canett, Codalet, Camelos, Castelnau et Vernet-les-Bains, 1 décès.

Le département de l'*Aude* a perdu 212 de ses habitants victimes du choléra jusqu'au 31 août. De plus, du 28 août au 3 septembre, c'est-à-dire en sept jours, il y a eu 26 décès à Carcassonne, 1 à Narbonne et 1 à l'asile des aliénés de Limoux.

La *Haute-Garonne* est jusqu'ici peu atteinte : à Toulouse, on a signalé 1 cas le 30 août, 1 décès le 1er septembre, 3 le surlendemain, un autre décès à l'asile départemental de Bragueville, 1 cas le 31 août à Saint-Félix et 2 décès à Villefranche.

Dans les *Basses-Alpes*, l'épidémie diminue, car aucun décès n'a été signalé depuis le 30 août, date à laquelle on enregistrait 1 décès à Sisteron, Manosque et Perpin, et 2 décès à Thuiles.

Il en est de même dans l'*Ardèche*, où les derniers décès à Villedieu, Saint-Pons et Labeguide datent du 28 août. La mortalité cholérique du mois d'août y aurait été de 39 décès.

Le choléra est en décroissance dans le Vaucluse, où on a enregistré seulement 2 décès à l'asile des aliénés de Montdevergues (30 août), et tend aussi à disparaître de la *Drôme*.

Par contre, on constate l'invasion de nouveaux départements : de l'*Aveyron*, où le 29 août il y a eu un décès cholérique à la Porta et la formation d'un foyer.

Dans les *Hautes-Alpes*, à la maison centrale d'Embrun et dans la garnison de cette ville. Une dépêche du 4 septembre signale aussi un cas de choléra à Bordeaux, mais cette nouvelle attend confirmation.

En Italie, l'épidémie est en augmentation et, aux foyers principaux de la Spezzia et de Busca, il faut ajouter celui plus important de Naples. Du 28 août jusqu'au 3 septembre, la morbidité, d'après les bulletins officiels, a été de 992 cas déclarés, et la mortalité de 518 décès. La propagation de cette épidémie est la meilleure démonstration de l'inutilité des cordons sanitaires en Europe et des quarantaines terrestres.

Néanmoins, en Espagne, où l'épidémie a éclaté à Alicante le 27 août, on entend suivre les mêmes errements. On n'isole pas seulement les cholériques et leur maison, on a aussi isolé le médecin et même les fossoyeurs qui ont mis en terre les premiers morts. Depuis le 28 août jusqu'au 1er septembre, le chiffre officiel de la statistique cholérique dans la province d'Alicante est de 10 cas et 5 décès dans cette ville ; 42 décès à Novaldo, 2 décès à Elche et à Monovar. L'origine de la contamination n'est pas encore nettement établie. On a d'abord mis en cause une famille débarquée d'Algérie, mais aucun membre de cette famille n'a été atteint ; depuis on attribue cette importation à des émigrés de Cette. — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE (1)

Séance du 2 septembre 1884. — Présidence de M. A. Guérin.

La troisième conclusion est ainsi conçue : « Quels que soient les moyens employés pour désinfecter et transporter les matières fécales, celles-ci ne devront jamais polluer les cours d'eaux, ni être répandues à l'air libre sur le sol, ni jetées sur les fumiers. »

M. Bouley craint que cette proposition, si elle est adoptée par l'Académie, ne vienne contrarier des habitudes existant depuis longtemps parmi les populations agricoles, et ne porte préjudice aux intérêts de l'agriculture. D'autant mieux que l'on n'a pas remarqué que, dans les pays où l'on a l'habitude de répandre sur les champs les engrais humains, le choléra ait fait plus de victimes que dans les autres pays. D'ailleurs, l'épandage des matières fécales sur le sol n'a pas les inconvénients que l'on suppose, à cause des transformations que le sol fait subir à ces matières, en favorisant leur oxydation.

M. Brouardel ne pense pas que l'on doive s'arrêter à cette objection; tout porte à admettre, en effet, que pour le choléra, comme pour la fièvre typhoïde, l'épandage des matières fécales sur le sol favorise la propagation de la maladie.

M. Léon Colin (du Val-de-Grâce) se rallie complètement aux conclusions de la commission; seulement, il ne voit pas que la conclusion dont il s'agit s'applique au choléra plus qu'à tout autre maladie épidémique, par exemple à la fièvre typhoïde, qui exerce des ravages bien autrement grands que le choléra.

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 4 septembre 1884.

M. Brouardel, pour donner satisfaction à MM. Léon Colin et Bouley, propose de rédiger la troisième conclusion de la manière suivante : « Quelles que soient les maladies infectieuses dont on cherche à établir la prophylaxie, il faut que les matières fécales ne puissent jamais polluer les cours d'eau, ni être répandues à l'air libre sur le sol des grandes villes, ni être jetées dans les champs ou sur les fumiers, à proximité des habitations. »

La troisième conclusion, ainsi modifiée, est adoptée.

La quatrième conclusion est ainsi conçue : « L'administration chargée de l'hygiène publique est invitée à centraliser tous les documents capables de l'éclaircir sur l'état de chaque localité au point de vue de l'hygiène.

« Ces documents lui sont fournis par la statistique, par les médecins des épidémies, par les Conseils d'hygiène d'arrondissement, par les bureaux d'hygiène dans les grandes villes.

« Elle seule peut contraindre les municipalités chargées par la loi de veiller à l'exécution des mesures d'hygiène dans leurs communes; elle seule peut provoquer l'affectation à ces services de ressources suffisantes. »

Cette conclusion est adoptée après quelques observations de M. Jules Guérin, qui demande que les documents réunis par l'Administration soient mis à la disposition des membres de l'Académie.

Cinquième conclusion : « L'Administration est priée d'étudier dans quelles conditions pourrait être établi un bureau international d'hygiène, permettant de grouper tous les documents relatifs aux épidémies, de signaler leur apparition dans divers pays. »

Cette conclusion est adoptée après une vive discussion à laquelle prennent part MM. Le Roy de Méricourt, J. Guérin, Léon Colin, qui parlent contre la proposition, et MM. Brouardel et Proust, qui la défendent au nom de la commission.

Sixième conclusion : « Un enseignement spécial de l'épidémiologie sera organisé dans les diverses facultés. »

M. Noël Gueneau de Mussy demande ce qui restera à l'enseignement de la pathologie interne si l'on en distrait les maladies épidémiques.

Il serait préférable, ajoute M. Gueneau de Mussy, que l'Académie voulût bien donner l'appui de son autorité à la proposition de loi déposée à la Chambre par M. le docteur Liouville, concernant la création d'une direction de la santé publique, chargée de centraliser tous les renseignements relatifs à l'hygiène et de tenir la main à l'exécution de toutes les mesures jugées nécessaires.

M. Jules Guérin ne veut pas d'une direction qui serait accaparée par une ou deux personnalités envahissantes substituant leur autorité à la liberté ; il demande la création d'un simple bureau de renseignements, indépendant de l'administration et chargé de centraliser les documents fournis par les médecins des épidémies.

M. Brouardel fait remarquer qu'un simple bureau de renseignements serait tout à fait insuffisant. Pour l'exécution des mesures d'hygiène jugées nécessaires, il faut une direction armée de pleins pouvoirs et responsable ; sans quoi il arrivera ce qui est déjà arrivé à la commission des logements insalubres, qui n'a pu parvenir à faire exécuter aucune de ses décisions.

La sixième conclusion est rejetée.

La septième conclusion : « L'Académie charge la commission du choléra de rechercher dans les documents relatifs aux épidémies antérieures, dans ceux qui lui ont été adressés à l'occasion de l'épidémie actuelle et qui lui seront ultérieurement envoyés, tous ceux qui peuvent servir à élucider la durée de l'incubation de la maladie, le mode de *contamination*, la rapidité de l'invasion, la marche de l'épidémie, les causes qui ont pu favoriser son développement, celles qui paraissent avoir assuré l'immunité dans les diverses localités.

Cette conclusion est adoptée après une observation de M. Jules Guérin qui demande que les documents soient communiqués à chacun des membres de l'Académie.

M. le Président donne lecture d'une proposition de M. Noël Gueneau de Mussy qui demande la création d'un bureau central d'hygiène, comme à Bruxelles. Cette proposition est mise aux voix et adoptée.

La séance est levée à cinq heures quinze.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 26 août 1884. — Présidence de M. Rolland.

M. Dupuy de Lôme donne lecture d'une note par laquelle, tout en rendant pleine justice à MM. les capitaines Renard et Krebs, l'honorable académicien rappelle l'expérience accomplie par lui le 2 février 1872 et établit ses droits à la priorité de direction des aérostats.

M. P. Duroziez lit une note sur les *Sphincters des embouchures des veines caves et cardiaques. Occlusion hermétique pendant la présystole :*

« Les veines caves et cardiaques sont fermées pendant la présystole ; le sang ne peut pas rétrocéder. Partout où un liquide doit progresser, il rencontre derrière lui des valvules, des sphincters qui s'opposent à sa rétrocession.

« L'idée de sphincters des veines caves, formulée pendant le siècle dernier par Duverney et Sénac, a été abandonnée. Nous reprenons la tradition en y ajoutant quelques développements. Outre l'éperon décrit par Hygmor et Lower, nous admettons trois sphincters étagés : un supérieur, fermant la veine cave supérieure ; un médian, pour la membrane ovale et la veine cave inférieure ; un inférieur, pour la veine cardiaque. Si l'on ampute l'auricule droite pour se ménager une fenêtre d'observation, on aperçoit, dans le fond, trois boutonnières étagées qui étreignent les trois orifices. L'organisation de ces trois boutonnières varie en raison de leur service.

« Pour la veine cave supérieure, ce sont des fibres circulaires et longitudinales, doublées parfois d'une valvule sigmoïdale ; la partie inférieure du sphincter est commune au sphincter supérieur et au sphincter médian : c'est cette partie qui a été décrite par Hygmor et par Lower, sous le nom d'*éperon* et de *promontoire*.

« Pour la veine cave inférieure, un agencement efficace est indispensable. Chez le fœtus, le sang de la veine cave inférieure se rend dans l'oreillette gauche par une sorte de canal que nous retrouvons chez l'adulte, derrière notre boutonnière médiane ; cette boutonnière est formée en bas par la valvule d'Eustachi, de côté par l'anneau de Vieussens qui encadre la fenêtre ovale, en haut par le muscle mitoyen, entre les deux sphincters supérieur et médian, promontoire de Lower. Si l'on écarte les bords de la boutonnière, on aperçoit dans le fond la veine cave inférieure et la membrane ovale. Si l'on tire la boutonnière par ses extrémités, veine cave inférieure et membrane ovale disparaissent ; il y a occlusion complète.

« Un troisième sphincter existe pour la veine cardiaque incomplètement fermée par la valvule de Thebesius ; la valvule d'Eustachi en forme la partie supérieure.

« On ne peut pas admettre une contexture aussi compliquée que celle de l'oreillette droite, aboutissant à l'insuffisance.

MM. Gréhant et Quinquaud ont entrepris une série d'expériences, consistant à pratiquer chez les animaux des injections sous-cutanées de solutions aqueuses d'urée pure, en augmentant peu à peu les doses.

« Nous avons, disent-ils, expérimenté d'abord sur des grenouilles, des cobayes, des lapins, des pigeons. Chez ces différents animaux, le résultat constant, produit par une dose suffisante, a été la mort plus ou moins rapide à la suite de convulsions tétaniques, semblables à celles que produit la strychnine.

« Nos expériences les plus nombreuses ont été faites sur des *chiens :* elles nous ont permis de fixer avec plus d'exactitude la dose toxique dans le sang et de rechercher si l'urée exerce une influence sur la contractilité musculaire. Chez des chiens qui ont reçu chacun 10 grammes d'urée par kilogramme de leur poids ou 1/100 du poids du corps, nous avons constaté la mort ; la dose toxique déterminée dans le sang, pris un peu avant ou après la mort, a été trouvée égale à 613 milligr., et les résultats 516, 652, 666 obtenus chez d'autres animaux, sont tous très voisins et démontrent qu'un chien meurt quand il contient 0 gr. 6 d'urée dans 100 gr. de sang. Il est intéressant de rapprocher des doses toxiques trouvées chez les animaux les doses que nous avons notées chez l'homme ; dans un cas d'anurie, l'analyse chimique donne 0 gr. 410 ; chez un sujet atteint de rétention d'urine, o gr. 278 ; chez un malade ayant une néphrite interstitielle avec dyspnée urémique, on trouve 0 gr. 210 ; chez un autre ayant succombé au milieu du coma urémique, nous avons 0 gr. 215.

« Dans ces conditions, tous les tissus des animaux sont imprégnés d'urée : ainsi 100 gr. de sang renfermaient 613 milligr. d'urée, 100 gr. de foie 580, 100 gr. de tissu du cœur 311, 100 gr. de rate 662.

« Nous avons toujours remarqué, et c'est là un point important, que l'urée injectée

sous la peau n'est jamais complètement absorbée au moment de la mort, quand même celle-ci arriverait dix heures après l'injection.

« Pour rechercher si l'urée exerce une influence sur la contractilité musculaire, nous découvrons chez un chien le nerf sciatique, nous isolons et détachons le tendon d'Achille, que nous fixons à l'anneau d'un dynamomètre convenablement maintenu ; en excitant par des courants induits le bout périphérique du nerf, nous avons trouvé que la force du muscle varie entre 5 et 7 kilog. ; cette *mesure,* répétée pendant l'empoisonnement par l'urée, peu d'instants avant la mort, ou peu après, a donné exactement les mêmes nombres. L'urée n'agit donc pas directement sur la fibre musculaire et ne diminue pas l'énergie de sa contraction.

« Le sang des animaux morts soumis à la distillation dans le vide à 40°, a fourni un liquide qui ne renfermait pas d'ammoniaque. »

FORMULAIRE

SOLUTION ET SUPPOSITOIRE CONTRE LE CANCER UTÉRIN. — Braun.

Goudron de hêtre	20	grammes.
Mucilage de gomme	20	—
Eau distillée	400	—

Faites une émulsion, qui sera employée en injections vaginales, pour diminuer la fétidité de l'écoulement qui accompagne le cancer utérin. — Pour calmer les douleurs occasionnées par le cancer, on aura recours aux suppositoires suivantes :

Chlorhydrate de morphine	de 0 gr. 10 cent. à 0 gr. 30 cent.
Beurre de cacao	q. s. pour six suppositoires.

Un à trois dans les vingt-quatre heures. — N. G.

COURRIER

NÉCROLOGIE. — Erasmus Wilson, le dermatologiste bien connu de Londres, vient de mourir. Il a publié un traité des maladies de la peau qui a eu de nombreuses éditions, et quelques brochures sur des sujets de dermatologie.

Son autorité était fortement amoindrie par son opposition persistante à la théorie de l'origine parasitaire de certaines affections de la peau, mais il était universellement estimé pour ses descriptions cliniques, la sûreté de son diagnostic et de son traitement.

Erasmus Wilson ne s'était pas toujours confiné dans la dermatologie ; il avait écrit un manuel d'anatomie qui longtemps avait été très estimé des étudiants.

Il avait acquis une grande fortune dont il usait généreusement ; c'est surtout à son activité et à ses subsides que les Anglais doivent le transfert d'Alexandrie à Londres de l'aiguille de Cléopâtre.

— Le docteur Vandeper vient de mourir à Versailles où il exerçait la médecine depuis de longues années.

— Le docteur Macvir, de Givet (Ardennes), vient de mourir après avoir exercé la médecine pendant cinquante ans.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs

N° 128 L'UNION MÉDICALE Mardi 9 Septembre 1884.

Sommaire

De la recherche de la morphine dans l'urine des morphiomanes:

La recherche de la morphine dans les urines présente aujourd'hui, outre l'intérêt scientifique, une importance réellement pratique dans le traitement des morphiomanes. Quand on sait la fréquence des récidives, les ruses employées par les malades pour se procurer de la morphine en cachette, on comprend aisément combien il est utile de pouvoir reconnaître, en dehors du malade, par l'analyse seule des urines, la présence du poison dans l'économie. Chez les malades soumis au traitement de la suppression graduelle — qui est à notre avis le meilleur — il est souvent très difficile, à la fin de la cure, de discerner si le malade n'a pas usé de morphine à notre insu. Grâce aux réactifs chimiques, nous pouvons constater dans l'urine la présence d'un grand nombre de médicaments (iodure de potassium, salicylate de soude, etc.) qui s'éliminent par cette voie, et vérifier au besoin si le médicament prescrit a été administré. Nous n'insisterons pas sur les avantages de ce précieux moyen de contrôle ; et quoiqu'il n'ait paru donner jusqu'ici pour la morphine que des résultats assez inconstants et peu concluants, nous croyons qu'il n'y a pas lieu de le rejeter et de le condamner sans appel. Les résultats si contradictoires auxquels on est arrivé prouvent que le dernier mot n'a pas encore été dit sur la question, à laquelle les progrès de la morphiomanie dans toutes les classes de la société donnent un puissant intérêt d'actualité.

Malgré les nombreuses expériences faites en Allemagne sur ce sujet, les différents observateurs ne sont pas d'accord sur la manière dont se comporte l'alcaloïde introduit dans l'organisme : pour les uns, il y subit une transformation complète ; pour les autres, le poison est totalement ou partiellement éliminé en nature par le rein, après avoir exercé son action sur les tissus ; — les deux opinions ont été défendues par un grand nombre de savants depuis le commencement du siècle, époque à laquelle la morphine, découverte par Derosne et Seguin, était isolée d'une façon définitive (1816) par Sextuerner, modeste pharmacien d'Einbeck, en Hanovre. Ainsi Lassagne (1824), Christison (1831), Taylor (1862), Cloëtta (1866), Buchner (1867) essayèrent de démontrer que l'alcaloïde subissait dans l'économie une transformation totale, qui empêchait d'en retrouver même des traces dans les différents tissus, et dans les excrétions, dans l'urine en particulier. Au contraire, les expériences de Baruel (1827), Orfila (1839), Bouchardat (1861), Lefort (1861), parurent établir d'une façon rigoureuse que le poison introduit dans l'économie pouvait être extrait de l'urine, du sang, et même d'autres organes sans avoir subi d'altération notable. Depuis les travaux de Dragendorff-Kauzmann (1868), cette dernière opinion était la plus généralement admise ; mais il y a quelques années, de nouvelles expériences vinrent ébranler considérablement cette théorie de l'élimination par l'urine — sans décomposition — de la morphine introduite dans l'organisme. Ainsi E. Vogt (1), analysant l'urine produite en vingt-quatre heures par un morphiomane âgé de 60 ans et intoxiqué depuis cinq ans, ne put pas démontrer la présence de l'alcaloïde par la méthode de Otto et Dragendorff ; mais il trouva que les matières fécales du malade contenaient de la morphine en quantité notable (2). Il en conclut que dans les cas supposés d'empoisonne-

(1) *Annales de Pharmacie*, 1876.

(2) Une partie des matières fécales fut traitée par la méthode de Stas avec de l'alcool acidulé ; le reste fut soumis à l'action d'un dialyseur, puis traité par la magnésie et l'éther acétique.

ment par la morphine, il fallait toujours examiner les fèces, et que, chez beaucoup de morphiomanes, on ne trouvait pas de traces de l'alcaloïde dans l'urine. Les expériences de Bornträger (1), faites à la même époque, confirmèrent les conclusions de Vogt, et démontrèrent l'inconstance des résultats *tantôt positifs, tantôt négatifs*. M. Calvet, qui a consigné dans son excellente thèse inaugurale (2) le résultat de ses recherches sur des chiens morphinisés, ne put découvrir aucune trace de morphine dans la salive, le sang et l'urine des animaux mis en expérience. En 1880, Landsberg (3) fit à l'Institut pharmacologique de l'Université de Wurtzbourg une série d'expériences sur la transformation de la morphine dans l'organisme, et la rechercha dans l'urine par le procédé de Wislicenus. Il ne la trouva qu'une fois sur un total de huit expériences et en conclut que la morphine, introduite dans l'économie par les injections hypodermiques, se dissolvait dans le sang et que l'excédent seul de la quantité de morphine répondant au pouvoir dissolvant du sang était excrété en nature par l'urine et pouvait y être constaté par l'analyse chimique.

En 1882, le docteur W. Eliassow, qui fit de nouvelles recherches, retrouva l'alcaloïde dans l'urine des chiens et des lapins qu'il soumettait pendant plusieurs jours à des injections répétées d'une solution de morphine assez forte. Mais ses recherches furent négatives chez les morphiomanes dont il analysa les urines. Il y a quelques mois, M. Burkart (de Bonn) (4), s'appuyant sur ses travaux antérieurs (5), a formulé les conclusions suivantes : si l'on injecte à un lapin ou à un jeune chien une *solution aqueuse acide* de la substance extraite soit de l'urine d'un morphiomane, soit d'une solution artificielle d'urine et de morphine, il se produit dans les deux cas des symptômes très nets d'empoisonnement. Mais, dans le second cas (solution artificielle), ces symptômes sont beaucoup plus graves et plus tenaces que les symptômes d'intoxication observés chez les animaux soumis à la première expérience (urine des morphiomanes). Il semble donc plausible d'admettre que cette différence ne peut s'expliquer que par ce fait, ou bien que la morphine introduite dans l'organisme n'est excrétée pure dans l'urine qu'en très petite quantité, ou bien que cet alcaloïde subit dans l'organisme, avant son passage dans l'urine, une modification qui a sensiblement atténué son pouvoir toxique (6). C'est à cette dernière hypothèse que Burkart paraît se rattacher, tout en reconnaissant qu'il est impossible de déterminer, du moins actuellement, la nature de cette modification spéciale subie par la morphine dans l'économie. Les analyses des urines, au moyen des réactifs de Froehde et de Husemann, ne lui ont jamais donné que des résultats négatifs, malgré la sensibilité des réactifs et les quantités considérables de morphine absorbées par les malades. Et cependant ces urines contiennent de la morphine et ont une action toxique, puisqu'elles produisent des symptômes d'empoisonnement morphinique! L'hypothèse de la transformation de la morphine dans l'économie permet d'expliquer ces résultats en apparence si contradictoires : Burkart admet qu'il se forme dans l'urine, à la place de l'alcaloïde absorbé, une combinaison qui ne peut être décelée par les réactions de Froehde ou de Husemann, puisque sa composition chimique est différente de celle de la morphine; mais, d'autre part, comme ce composé toxique contient

(1) *Archiv. f. Pharm.*, B. 2, XIV.

(2) Thèse de Paris, 1876.

(3) Burkart, *Mittheil. ub. chron. Morph. Vergft.* Bonn, 1882, p. 7, n. f.

(4) *Klinischer Vortræge*, n° 237; 1884.

(5) *Deutsche medic. Wochenschrift*, n° 14; 1883. — *Pharmaceutische Zeitschrift*, n°s 42, 43; 1883.

(6) Burkart. *Ueb. Wesen u. Behandlung d. chronischen Morphiumvergiftung*, p. 2172. (*Klinisch Vortræge*, 237; 1884.)

de la morphine, il est naturel qu'il produise les symptômes de l'empoisonnement par cet alcaloïde.

Dans ces derniers temps, M. Marmé (1), de Gœttingue, est revenu à l'ancienne théorie de Bouchardat, Lefort et Dragendorff, et admet que la morphine introduite dans l'organisme est excrétée partiellement et à l'état de pureté par les reins, pourvu que leur fonctionnement ne soit pas altéré. Chez huit morphiomanes différents, il constata *dans tous les cas* la présence de la morphine dans les urines d'une façon indéniable. En outre, Marmé conclut de ses expériences que dans l'empoisonnement chronique une partie de l'alcaloïde passe à l'état de pureté dans l'urine, et que le reste du poison s'oxyde dans l'organisme pour former un oxyde de morphine. Cette dernière substance ne pourrait jamais être trouvée dans le cas d'empoisonnement aigu mortel, parce qu'elle n'a pas le temps de se former, et l'on retrouve alors la morphine à l'état de pureté dans les viscères et dans l'urine contenue dans la vessie.

En présence de ces opinions si diverses, et de l'importance pratique qui résulte de l'analyse de l'urine des morphiomanes, nous avons pensé qu'il n'était pas sans intérêt de faire quelques recherches sur ce sujet et d'en consigner les résultats. Nous les avons entreprises avec le concours éclairé d'un chimiste de nos amis, M. G. Lugan, et nous ne ferons qu'indiquer la partie chimique de ces expériences (2), voulant réserver à ce travail un caractère essentiellement clinique. Nous avons répété une dizaine de fois nos analyses, et, pour être bien sûrs de n'être pas trompés, nous avons extrait plusieurs fois l'urine directement de la vessie. Ces urines appartenaient à une morphiomane, dont l'intoxication remonte à huit ans, et qui absorbe chaque jour environ 0,30 centigrammes de chlorhydrate de morphine (en injections hypodermiques). Après nous être assurés que l'urine était acide, et ne contenait ni sucre ni albumine, nous avons recherché à différentes reprises la présence de l'alcaloïde avec les réactifs de Mayer (iodure double de potassium et de mercure) et de Bouchardat (iodure de potassium ioduré). Les résultats furent tantôt positifs, tantôt négatifs. Quand les urines donnaient, avec ces réactifs, un précipité abondant et caractéristique, elles étaient en général rares et foncées; quand elles ne donnaient ni trouble ni précipité, elles étaient abondantes, claires et de densité faible. D'autre part, ces mêmes urines, chez lesquelles les liqueurs de Mayer et de Bouchardat n'avaient révélé la présence d'aucune trace de morphine, analysées par les méthodes classiques et compliquées d'Otto et Dragendorff, d'Uslar et Erdmann, nous fournirent toujours un résidu qui contenait des traces notables de l'alcaloïde. Nous en avons conclu que, dans les cas où la quantité d'urine excrétée en vingt-quatre était très abondante, la morphine était trop diluée pour être décelée par les réactifs ordinaires, d'où la contradiction plus apparente que réelle des résultats.

Il nous restait à déterminer quelle est la dose minima de morphine nécessaire pour obtenir, après sa dilution dans une quantité donnée de liquide, les précipités caractéristiques avec les réactifs de Mayer et de Bouchardat. En prenant comme termes de comparaison des solutions artificielles de chlorhydrate de morphine, nous avons trouvé que, *dans un litre de liquide*, la quantité minima de *morphine* nécessaire pour donner un précipité avec la liqueur de Mayer, était de 20 centigrammes environ, et de 10 à 15 centigrammes avec la liqueur de Bouchardat. Autrement dit, un litre d'eau ou d'urine qui contient moins de 20 centigrammes de morphine (soit 0,30 centigr. de chlorhydrate de morphine) ne renferme pas une quantité suffisante d'alcaloïde pour fournir un précipité avec le réactif de

(1) *Deutsche medic. Wochenschrift*, n° 14; 1883.

(2) Elles seront relatées dans une note qui sera publiée prochainement par M. G Lugan, dans le *Journal de pharmacie et de chimie*.

Mayer. De même pour la liqueur de Bouchardat, quand la quantité de morphine diluée dans un litre de liquide est inférieure à 10 ou 15 centigrammes.

Toutes les fois que les urines de notre malade ne nous ont donné avec ces deux réactifs aucun précipité, nous avons employé les méthodes classiques, et nous avons *toujours* réussi à isoler des traces notables de morphine : deux fois nous avons employé la méthode d'Otto et Dragendorff, et deux fois celle d'Uslar et Erdmann, et dans ces quatre analyses nous avons obtenu un précipité abondant en traitant une partie du résidu, repris par 20 c. cubes d'eau acidulée, par les réactifs de Mayer et de Bouchardat. Le reste du résidu nous servait à caractériser la nature de l'alcaloïde, grâce aux réactions bien connues de l'acide azotique (coloration jaune orange) et du perchlorure de fer neutre sur la morphine. Mais ces méthodes d'analyse, quoique très exactes, sont longues et difficiles à cause des évaporations. M. G. Lugan a eu l'idée d'y substituer le procédé suivant, qui joint à la même exactitude le mérite d'être beaucoup plus rapide : « L'urine (un litre) est traitée par le sous-acétate de plomb (1/10e). Il se forme un dépôt abondant qui est une combinaison du plomb avec les acides urique, phosphorique, etc., existant dans l'urine et avec les matières colorantes et extractives. Il reste dans l'urine décolorée la morphine combinée à l'acide acétique, les matières non précipitables par le sous-acétate de plomb, et l'excès de plomb. Nous séparons le dépôt par le filtre, et éliminons le plomb en ajoutant goutte à goutte dans le liquide de l'acide sulfurique à 1/10e jusqu'à ce qu'il ne se fasse plus de précipité. Filtrant alors, nous agitons violemment et pendant quelques minutes l'urine ainsi traitée et additionnée d'un excès d'ammoniaque avec 1/10e d'alcool amylique chaud, qui se sépare bientôt parfaitement clair et tenant en solution la totalité de la morphine précédemment contenue dans l'urine. Il n'y a plus alors qu'à agiter cet alcool avec de l'eau acidulée par l'acide sulfurique, pour obtenir la morphine à l'état de sulfate. On le décompose ensuite par l'ammoniaque, et on le reprend à nouveau par l'alcool amylique pour avoir enfin, après évaporation, la morphine que l'on peut caractériser à l'aide des réactifs habituels. »

Nous n'insisterons pas sur les avantages de ce procédé aussi exact et beaucoup plus rapide que les méthodes classiques. Nous avons vérifié sa valeur en faisant la contre-épreuve, et en nous assurant que la totalité de la morphine contenue dans l'urine passait bien dans l'alcool amylique. Nous avons évaporé jusqu'au poids de 100 gr. l'urine après son traitement par cet alcool, et nous n'avons obtenu aucun trouble avec les réactifs habituels : ce qui démontrait l'absence complète de morphine dans l'urine, et son passage en totalité dans l'alcool amylique.

En résumé, de l'ensemble de nos expériences nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes qui confirment les opinions émises par Marmé et la plupart des savants français :

1° La morphine absorbée s'élimine, en grande partie du moins, par le rein sans avoir éprouvé de transformation, pourvu que le filtre rénal fonctionne normalement.

2° Il est quelquefois possible de constater directement la présence de la morphine dans l'urine au moyen des réactifs de Mayer (1) et de Bouchardat. Mais on devra s'assurer préalablement qu'elle ne contient ni sucre ni albumine, et vérifier si le précipité obtenu est bien soluble dans l'alcool à 90 degrés.

3° Quand l'urine à examiner n'aura donné aucun précipité avec les réac-

(1) La formule de la liqueur de Mayer indiquée dans les ouvrages spéciaux (bichlorure de mercure, 13,546 ; — iodure de potassium, 49,80 ; — eau distillée, 1 litre) ne donne pas un réactif très sensible. Pour obtenir le maximum de sensibilité de ce réactif, il faut augmenter la quantité de bichlorure de mercure, jusqu'à ce que l'on obtienne un excès de biiodure insoluble que l'on sépare ensuite par le filtre.

tifs précédents, on devra rechercher la morphine par l'une des méthodes de Lugan, d'Otto et Dragendorff, d'Uslar et Erdmann.

4° Il est toujours possible de constater la présence de la morphine dans l'urine d'un morphiomane, pourvu que la quantité de morphine absorbée par jour soit au minimum de 10 centigr.

Nous rappelons en terminant que nous n'avons eu en vue dans toute cette étude que l'analyse des urines des morphiomanes, c'est-à-dire des morphiniques chroniques. Peut-être y a-t-il lieu de tenir compte de la date plus ou moins ancienne de l'intoxication, des modifications subies sous cette influence par le rein? Aussi nos conclusions ne sont-elles probablement pas vraies pour les morphinisés, et il n'y a rien d'étonnant à ce que les expériences de M. Calvet sur des chiens soient restées négatives. C'est un point à vérifier de nouveau, que nous tenions à signaler pour montrer qu'il n'infirme pas l'exactitude de nos conclusions, mais sur lequel nous n'avons pas à insister puisqu'il sort des limites de notre sujet, déjà trop longuement traité.

Maurice NOTTA.

Lettres de Belgique.

L'Académie de médecine poursuit paisiblement ses travaux scientifiques — *piano, pianissimo,* à l'italienne. Elle y consacre le peu de temps que lui laisse l'accomplissement des chinoiseries de ses perpétuels scrutins, en trois temps. Les mois et les mois se passent sans qu'on puisse aboutir. Nous venons cependant d'obtenir un léger perfectionnement dans le fonctionnement de la machine dont la Compagnie s'honore d'avoir le monopole. Naguère, à la faveur du fameux article 6 du règlement, que le ciel confonde, et qui devra bien à son tour disparaître tout à fait, il suffisait d'une minorité infime pour entraver tout le travail électoral : à la façon des membres des assemblées délibérantes, quelques mécontents, longeant les murailles, quittaient la salle au moment d'un vote qui ne semblait pas devoir leur être gracieux, et l'élection se trouvait reculée à un mois, faute de la présence des deux tiers des membres. On interprétait mal, paraît-il, l'article en question, comme s'il n'était pas déjà suffisamment obstructionniste : à l'avenir, la présence des deux tiers des membres ne sera plus requise et il suffira de... trois scrutins, alors que, pour donner un successeur à M. Willième il en a fallu annuler deux ou trois avant d'arriver à terme, et que, pour la succession de M. Thiernesse, on en est encore aux premières... douleurs.

Quelques communications intéressantes ont occupé les courts instants disponibles des séances de mars, avril, mai, juin et juillet et de la séance extraordinaire du 2 août, consacrée au choléra. Passons-les succinctement en revue.

1. *Sur les arrachements dans les établissements industriels,* par M. le docteur GUERMONPREZ (de Lille); M. SOUPART, rapporteur. Ce travail est un recueil analytique et raisonné d'observations de plaies par arrachement, puisées en partie dans la pratique de l'auteur, en partie dans les traités et les journaux de médecine. L'auteur déduit de ces différents faits : 1° le mécanisme ou le mode de production de ce genre de lésions traumatiques ; 2° les différences anatomo-pathologiques qui en résultent sur les différents systèmes organiques ; 3° les troubles fonctionnels qui en sont la conséquence ; 4° les indications et les moyens thérapeutiques à employer.

Le mémoire est inséré *in extenso.* (Voy. *Bull.*, 1884, n° 4, pp. 459-524.)

2. *Le jequirity et la jequiritine dans le traitement du trachome,* par DENEFFE. L'auteur termine ainsi sa communication : « Que devient aujourd'hui, après les recherches de M. Bruylants, le microbe de Sattler? Le principe phlogogène du jequirity ne saurait être un microbe, puisque la solution de jequiritine dans la glycérine, qui ne renferme pas de microbes, provoque l'inflammation croupale si caractéristique du jequirity. Déjà M. von Hippel avait soutenu que le macéré jequiritique devait son activité, non pas à des bactéries, mais à un principe chimique, ferment inorganisé. Mais ce ferment, von Hippel n'avait pu l'isoler. Cet honneur appartient à M. Bruylants. »

L'inflammation conjonctivale produite par la jequiritine est, en tout, semblable à celle que provoque le macéré du jequirity ; mais sa violence est moindre. Les douleurs qu'elle éveille sont supportables. La couenne qu'elle développe sur la muqueuse oculaire est

aussi développée après l'emploi de la jequiritine à la glycérine qu'après celui du macéré de jequirity. L'auteur en conclut que la première doit être préférée au second dans le traitement des affections oculaires.

Si, comme il est vraisemblable, l'activité prédominante de ce dernier ne résulte que de la présence d'éléments étrangers propres à augmenter l'inflammation dans son principe non spécifique, il pourrait bien être dans le vrai. (Voy. *Bull.*, n° 3, pp. 301-308).

Si nous tenons bien, M. Dujardin, à Lille, serait arrivé, en collaboration avec M. Béchamp, à des résultats identiques, sauf peut-être l'interprétation, à ceux de M. Bruylants.

3. Rapport de la Commission qui a examiné les mémoires de concours sur les effets de l'*alcoolisme* au point de vue matériel et psychique, tant sur l'individu que sur sa descendance. M. Kuborn, rapporteur. Cinq mémoires étaient parvenus à l'Académie. Ils portaient les devises suivantes :

N° 1. « L'ivrognerie tue plus de monde que les fièvres les plus meurtrières », 40 p.

N° 2. « Le Sage se suffit à lui-même », 64 p.

N° 3. « *Si desint vires, tamen est laudanda voluntas* », A. 228 p.

N° 4. « *Si desint vires, tamen est laudanda voluntas* », B. 325 p.

N° 5. « Faisons de la clinique exacte, et nous ferons de la médecine légale vraiment utile et absolument à l'abri de toute controverse », 552 p.

C'est ce dernier mémoire qni a été couronné (prix de 1,500 fr.).

En outre, considérant le mérite réel que présentent dans leur ensemble et spécialement dans certaines parties, les n°s 1, 3 et 4, il leur est accordé une mention très honorable.

L'ouverture du pli cacheté annexé au mémoire n° 5 a fait constater que le lauréat est M. le docteur Lentz, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de l'Etat, à Tournai (Voy. *Bull.*, 1884, n° 3) (1).

4. *De la réhabilitation de la saignée et des émissions sanguines dans les congestions et les inflammations*, par M. Borlée (*Bull.*, n° 4, pp. 528-542).

5. *Transfusion du sang*, dans un cas d'hémorrhagie utérine rebelle, au moyen de sang humain flagellé et filtré, pratiquée par M. Casse dans le service de M. le docteur Vleminckx. Succès (*Bull.*, n° 4, p. 548-558).

6. *Des sutures élastiques* dans le traitement des plaies, par Degive. Les liens élastiques peuvent être appliqués de différentes manières. Quand l'étendue et l'état de la surface cutanée le permettent, on place les cordons élastiques entre deux bandes ou deux séries de bandes agglutinatives, c'est la *suture élastique avec bandes agglutinatives*. Quand la peau est altérée ou offre une surface trop restreinte pour recevoir l'application des bandes adhésives, on relie les liens élastiques à deux chevilles ordinaires et l'on obtient ainsi la *suture élastique enchevillée*. Ces sutures sont indiquées quand une plaie d'une certaine grandeur occupe une région qui est le siège de mouvements assez étendus. (Voir le mémoire, avec fig., *Bull.* n° 4, pp. 543-548).

7. *Hystérectomie et ovariotomie*, par Thiriar ; rapp., M. Deroubaix. (Rapp. *Bull.*, n° 5, pp. 568-585. Mém., *id.*, pp. 629-660).

8. *Sur l'hygiène*, son développement et sa vulgarisation par la création d'un musée et d'un institut spécial, par Belval, corr. — Dans la discussion à laquelle cette lecture a donné lieu, M. Vleminckx, secrétaire du Conseil supérieur d'hygiène, a appris à l'Académie que le gouvernement belge, il y a deux ans, avait soumis audit Conseil un avant-projet d'arrêté royal et de rapport au roi, ayant pour objet la création, à Bruxelles, par les soins du gouvernement, d'un musée d'hygiène. Ce projet était largement conçu : l'institution devait comprendre une bibliothèque, une salle de conférences, un laboratoire, des salles pour des concours et des expositions spéciales temporaires, etc., etc. Des considérations d'économie ont empêché jusqu'ici la réalisation de ce projet. On espère qu'il sera bientôt repris. (*Bull.*, n° 5, pp. 585-612.)

9. *Où faut-il passer ses hivers ?* Communication par Warlomont. — C'est un court aperçu d'un ouvrage portant ce titre, que l'auteur vient de publier (2). Après y avoir passé en

(1) Le Mémoire couronné a paru : *De l'Alcoolisme et de ses diverses manifestations*, considérées au point de vue physiologique, pathologique, clinique et médico-légal, par le docteur F. Lentz, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de l'Etat, à Tournai. — 1 vol. in-8°, 558 p. Bruxelles, Manceaux, 1884.

(2) *Où faut-il passer ses hivers ?* Ouvrage destiné aux gens du monde en quête d'une station de refuge hivernale, et aux médecins, par le docteur Warlomont. — 1 vol. in-8°. 400 pages. Bruxelles, H. Kistemaekers, 1884.

revue les diverses stations méditerranéennes : *Alger*, *Ajaccio*, *Cannes*, *Nice*, *Monaco*, *Menton*, *Bordighera*, *Ospedaletti* et *San-Remo*, et fait remarquer que cette dernière station prend la tête quant à la température moyenne annuelle, il arrive à cette conclusion que : « les malades sérieusement atteints, ceux surtout qui souffrent d'affections des voies « respiratoires, doivent être prévenus que *Menton*, *Bordighera*, *Ospedaletti* et *San-Remo* « leur offrent, au point de vue de la température et des abris qui assurent la fixité rela- « tive de celle-ci, des garanties que, sauf Alger et Ajaccio — qu'on ne peut atteindre « qu'en traversant les mers — les autres stations méditerranéennes ne présentent pas à « un même degré.

L'auteur appelle ensuite l'attention sur l'utilité qu'il y aurait, par le temps de microbes qui court et surtout en présence de la contagiosité de la tuberculose, désormais démontrée, à donner plus de sécurité aux gens en matière de désinfection. « Qu'ici ou « ailleurs, dit-il, les hôteliers ou les familles ressentent le besoin de faire désinfecter « des locaux ou des objets contaminés, ils ne savent à qui s'adresser ; on fait quelques « fumigations guitonniennes ou autres, on brûle un peu de soufre et tout est dit. Je « crois que ce n'est pas assez. » Et M. Warlomont propose la création d'un corps de *désinfecteurs jurés* qui, leur besogne faite, auraient qualité pour délivrer des certificats attestant qu'elle a été faite *secundum artem.* « Cette institution fournirait, dit-il, aux « loueurs d'immeubles et aux hôteliers le moyen de se mettre à l'abri des actions civiles « en cas de sinistre subi sous leur toit, et contre lesquelles rien ne les protège aujour- « d'hui. C'est sous l'inspiration de cet ordre d'idées que j'ai fait parvenir, au mois de « février dernier, à l'administration municipale de San-Remo un mémoire où je les ai « développées, et qui se termine par un avant-projet d'arrêté. Si, comme j'ai de grandes « raisons de le supposer, l'institution que je préconise y est adoptée, elle donnera au « public un supplément de garanties que l'émigration saura apprécier. »

M. Janssens, directeur du bureau d'hygiène de la ville de Bruxelles, après avoir, dans la séance supplémentaire du 2 août, fait connaître que le service de la désinfection y est sérieusement organisé depuis longtemps, a déposé une proposition tendant à obtenir que le gouvernement provoquât la création, partout où il n'en existe pas, de corps de *désinfecteurs jurés*, à la façon de ceux recommandés par M. Warlomont. L'Académie décide qu'elle en exprimera le vœu au gouvernement.

10. *Conducteur pour l'incision et la dilatation de la trachée*, par Desguin. Rapp. M. Thiry. (*Bull.* n° 6, p. 696-701 et 738-756, mémoire avec fig.)

11. *Épidémie d'angine diphthéritique dans la province de Namur*, par Bribosia. — Exposé plein d'intérêt, où l'auteur prend de haut la question de génèse de cette maladie infectieuse et donne carrière, en passant, à des réflexions d'un haut intérêt, nées de l'observation rigoureuse et attentive des faits.

A Senzeille, village de 850 habitants, les maladies de la gorge sont à demeure, depuis la simple amygdalite, avec ou sans productions pultacées ou pseudo-membraneuses, jusqu'aux cas les plus septiques. Pendant les six mois de la dernière poussée épidémique, il y a eu une trentaine de cas, dont 6 morts, presque tous par complication croupale, quelquefois par empoisonnement général. Un fermier, dont la cour n'était qu'un pourrissoir infect où baignait le fumier, succomba à une angine maligne. Il avait perdu, l'année d'avant, pour plusieurs milliers de francs de chevaux et de bestiaux, d'un mal contagieux, sorte de gourmes malignes avec formation d'abcès.

Autre fait intéressant à noter : rareté et bénignité des récidives, et sorte d'immunité pour les habitations frappées dans l'épidémie précédente, *comme si une première attaque était une sorte de vaccination.* « N'y aurait-il pas là, dit M. Bribosia, atténuation de virus ? »

Question grave d'où pourront sortir utilement de nouvelles recherches en vue de la prophylaxie de la diphthérie.

L'auteur pose comme conclusion de son enquête que l'épidémie de Senzeille reconnaissait pour causes spéciales de son existence et de sa propagatiou les conditions de putrescence de la voirie publique ; pour lui, l'agent septique de la maladie, dans ce village, est, sinon développé, au moins conservé, multiplié dans ces liquides, ces flaques putrides, véritable milieu de culture pour le micro-organisme de la diphthérie.

C'est là qu'il doit croître, s'entretenir et se propager sous forme de spores, sans doute, prêt à se dégager, dans des circonstances favorables, de la gangue infecte qui le renferme. Puis, attiré dans l'atmosphère, il se déposera sur une muqueuse spongieuse, comme celle de la gorge de l'enfant, toujours apte à l'absorber.

Aujourd'hui, dit pour terminer M. Bribosia, les campagnes sont, plus souvent que les villes, visitées par les épidémies qui reconnaissent pour cause la souillure des eaux et

de l'atmosphère. Une intervention autoritaire devrait passer par là, d'où qu'elle vînt. On ne saurait mieux parler.

12. *Le choléra.* Discussion. Séance extraordinaire du 2 août. — Le gouvernement belge avait, depuis un mois, adressé aux autorités des instructions relatives aux mesures à prendre contre le choléra et demandait à l'Académie si celle-ci n'avait aucune mesure complémentaire à conseiller.

M. Warlomont a pris le premier la parole. Il s'est attaché à mettre d'accord, en matière de choléra, les partisans de l'importation et les personnes qui croient que la maladie peut se développer sur place, sans l'intervention de celle-ci. « Que le germe initial du choléra, dit-il, s'appelle microbe ou miasme, il faut qu'il soit représenté par un être vivant, puisqu'il fait souche, et qu'il ait une origine première en quelque lieu du monde. Chacun s'accorde à dire que c'est le delta du Gange ; admettons-le donc. Mais cette origine localisée n'exclut pas l'extension par voie d'acclimatation. Que, transporté au loin par la chaîne humaine, ou sur l'aile des vents, ou dans des objets inanimés, il parvienne dans des lieux où les éléments lui soient propices, c'est-à-dire partout où la fange est en odeur, à Toulon, en Egypte, à Marseille, on l'y verra vivre comme « aux bords heureux du Gange », y faire son œuvre, puis s'y endormir en attendant des temps meilleurs. Là est, me semble-t-il, tout le secret de ces évolutions dites spontanées contre lesquelles l'esprit moderne est si disposé à se révolter. Comment expliquera-t-on autrement les cas disséminés de choléra qui apparaissent, en ce moment, en Italie, malgré les lazarets, les bersaglieri et les quarantaines ?

« A Toulon, il n'y a pas eu un instant de doute sur la *nature* de la maladie ; c'était bien le choléra, mais s'agissait-il du choléra *nostras*, qui se montre souvent de bonne composition, on bien avait-on affaire au choléra *indien,* dit épidémique, en opposition avec le premier, dont le caractère principal est de rester sporadique ? Les symptômes sont les mêmes, à cela près d'une légère différence dans la couleur des selles et l'intensité des symptômes du début ; il y a, des deux parts, les cas graves et les cas légers, et l'amphithéâtre se tait quand on lui demande de se prononcer. Il y a bien le bacille en virgule de Koch, mais on n'a pas dit encore s'il est exclusif au choléra indien, ce qui est au moins douteux, et, au surplus, ladite virgule menace dès à présent de se transformer en un point... à la ligne, si ce n'est déjà fait.

« De même que c'est au pied du mur qu'on juge le maçon, de même est-ce à la façon dont le fléau fait son apparition ou son explosion, à celle dont il se confine ou se diffuse, mais surtout au lieu d'où il vient, qu'on prétend distinguer le malin de celui qui l'est moins. Naît-il sur place, c'est sûrement le dernier qu'on a devant soi ; provient-il, au contraire, des lieux où l'on place son berceau, le delta du Gange, il n'y a pas à hésiter, c'est l'autre.

« Ce qui vient de se passer à Toulon est absolument typique. Eh ! quoi, voilà le choléra éclos et une seule question se pose : est-il né sur place ou nous vient-il d'au delà des mers et quel est le vaisseau qui l'a apporté ? Et comme on l'a vu devenir méchant, on en a induit que l'importation directe ne devait plus être l'objet du moindre doute ; que si la *Sarthe* n'avait pas été la coupable, ce devait être au moins son frère ou bien quelqu'un des siens : hier c'était la *Moselle* qui tenait la corde, c'était le *Montebello* le lendemain. Et l'on ne s'est pas demandé seulement s'il devait, s'il pouvait y avoir quelque différence radicale entre l'indien et l'autre.

« On a perdu son temps à rechercher la fissure par où un véhicule avait pu passer pour l'apporter et quel avait pu être ce véhicule. Et l'on se serait parfaitement contenté, pour décréter d'asiatiques les cas fraîchement apparus, d'un déserteur revenu de Cochinchine ou de quelque autre contrée lointaine en puissance de choléra, sur un vaisseau quelconque, alors que lui et tout l'équipage s'y étaient toujours bien portés, et qui en aurait apporté, en ville, le germe dans son sac. Mais quelle distinction prétendait-on donc faire entre ce germe ayant dormi discrètement pendant une traversée de plusieurs mois, et quelque autre germe apporté sur l'aile du zéphir, ou reliquat d'une épidémie précédente, sortant subrepticement, dans l'un comme dans l'autre cas, d'une vie latente de plus ou moins longue durée ? Que si l'on voulait l'établir, cette distinction, sur une question d'âge, eh bien, franchement, ce n'était pas la peine. J'admets parfaitement, parce que l'analogie m'y autorise et même m'y encourage, la différence probable entre la puissance immédiate actuelle d'un germe apporté par une chaîne non interrompue de malades et se reproduisant par transmission immédiate, et celle d'un vieux germe démarmotté, mais de ce germe vivant, il n'en a pas été un seul instant question. Eh bien, alors ?

« A Marseille, les choses ont été autrement : le premier malade y est arrivé, vivant, du foyer toulonnais, et y a apporté un germe vivace, qui n'a pas tardé à proliférer sur place et à se répandre en tache d'huile ; sauf erreur, je pense qu'à Arles il en a été de même.

En Italie, au contraire, où la maladie s'est montrée presque en même temps dans diverses localités éloignées les unes des autres, les cas sont, en général, restés isolés, parce qu'on est parvenu à les éteindre sur place. Les quarantaines — et ce sera leur excuse devant l'histoire — ont donc eu ce résultat, dont elles devront se contenter, d'avoir interrompu pendant ce temps les chaînes humaines, et réduit ainsi à son minimum possible l'action infectieuse. Quant à en avoir empêché de la sorte l'éclosion sur place, c'est une plume que l'Italie n'a pas le droit de mettre à son chapeau, malgré les millions qu'il lui en a coûté.

« Ces données peuvent se résumer dans les propositions suivantes :

« 1° Le germe du choléra est un microbe, dont le Delta du Gange semble avoir été le berceau.

« 2° Il pullule surtout dans les lieux où croupissent et se putréfient les débris et les déjections des animaux.

« 3° Chez les personnes atteintes du choléra, on ne les rencontre que dans le canal digestif et dans la matière des déjections, d'où elles s'échappent incessamment pour devenir l'agent de sa propagation.

« 4° Le microbe du choléra peut se transporter à distance, soit par la chaîne humaine, soit autrement, et s'acclimater dans les lieux où il trouve les éléments propres à sa subsistance et à sa prolifération, à savoir : la malpropreté, — et un terrain prêt à l'accepter ; l'organisme humain frappé de misère physiologique.

« 5° Il peut, sous des influences encore indéterminées, entrer dans un état léthargique de plus ou moins longue durée ; d'où il ne sortira que lorsque sa vie, de latente sera redevenue active, sous l'influence d'une constitution médicale spéciale.

« 6° Quand le microbe cholérique a été léthargié pendant un temps plus ou moins long, une partie de sa virulence a disparu ; il a subi, de ce chef, une atténuation qui paraît être en rapport avec la durée de cette latence de la vie. Il peut bien encore, en cet état, faire naître le choléra dans des organismes disposés à l'accepter, mais les cas ainsi procréés ont une tendance infiniment moindre à se propager de proche en proche. Les épidémies éveillées de la sorte sont constituées par des cas indépendants les uns des autres ; elles sont ponctuées plutôt que diffuses, discrètes plutôt que confluentes, jusqu'au moment où, dans une rencontre propice, peut-être l'organisme de tout petits enfants, le microbe s'est relevé à sa dignité native.

« 7° Dans l'épidémie de Toulon, les premiers cas ont été discrets et isolés ; ce n'est que plus tard, à mesure de la réviviscence ascendante du germe, que les cas sont devenus graves. Ceux de Marseille ont été mortels et infectieux d'emblée, parce que c'est la chaîne humaine qui les y avait apportés, énergiques et vivaces.

« 8° Les épidémies de choléra peuvent, dans cet ordre d'idées, tomber sur un pays à la façon d'un aérolithe et sans qu'il ait été possible d'en pressentir l'approche. Ses progrès y seront subordonnés au terrain qu'il y rencontrera. « Un incendie, a dit excellem-« ment M. Fauvel, est proportionné, non pas à l'étincelle qui lui a donné naissance, mais « à la combustibilité et à l'agglomération des matières qu'il rencontre. » De là la nécessité d'écarter, par des mesures constantes de propreté et de désinfection, l'aliment de prédilection du microbe cholérique, la fange sous toutes ses formes.

« 9° Le fait d'une épidémie antérieure établit la présomption de l'apparition d'une épidémie nouvelle. »

M. Warlomont demande que l'Académie conseille au gouvernement de recommander *à titre général*, sauf de très légères modifications de détail, l'application des mesures qu'il a prescrites *contre le choléra*. A l'approche d'une épidémie quelconque, ajoute-t-il, le gouvernement aurait le devoir de signaler et de prescrire les moyens spéciaux à y ajouter, *selon la nature de l'épidémie :* la vaccination et la revaccination, par exemple, en temps de variole, une désinfection *immédiate* et exceptionnellement attentive des déjections quand c'est de choléra qu'il s'agit, etc., etc. Mais, je le répète, le pays ne se gardera jamais mieux que s'il se considère comme étant sans cesse menacé, et il l'est en effet, sinon par le choléra, par d'autres ennemis plus meurtriers encore, parce qu'ils règnent en permanence dans le pays.

M. Warlomont dépose, en conséquence, comme conclusion, les propositions suivantes :

« *Les mesures hygiéniques générales, en vue des approches du choléra, édictées par le gouvernement, sont applicables au même degré aux autres maladies infectieuses.*

« *C'est en ce sens que les précédentes instructions, revisées par l'Académie dans la séance du 2 août 1884, doivent être entendues. Elles doivent être exécutées en tout temps.*

« *En cas d'épidémie d'une maladie infectieuse, le gouvernement pourra édicter des mesures spéciales à chaque cas.* »

Ces propositions ont été adoptées. Dr WARLOMONT.

BIBLIOTHÈQUE

De la douleur physique et morale au point de vue physiologique et pathologique,
Par le docteur O. Saint-Vel (1).

« On peut comprendre la douleur en philosophe ou en médecin », écrit l'auteur dans son avant-propos. L'un n'exclut pas l'autre, et tout médecin est quelque peu philosophe. C'est surtout en médecin que le docteur Saint-Vel a traité le sujet, sachant se maintenir dans les limites déjà bien étendues de l'état morbide, et résumer toutes les notions concernant la douleur, notions éparses dans la pathologie tout entière.

Le programme tracé est bien rempli, et cette étude s'appuie sur les faits acquis les plus récents, les interprétations les mieux fondées de la physiologie expérimentale, de l'anatomie pathologique et de la clinique.

L'ordre suivi s'imposait à tout esprit philosophique. Le premier chapitre, sous le titre *Considérations générales sur la sensibilité et la douleur,* traite de la différenciation des organes et de la localisation des fonctions suivant le progrès dans la série zoologique; d'où l'examen de la composition du système nerveux de la vie de relation, l'interprétation des actes physiologiques de l'appareil de l'innervation, actes réflexes, sensations nerveuses associées, extérioration des sensations; ce qui permet de bien établir l'essence de la douleur, ses conditions, sa différenciation de la sensibilité, son expression symptomatique, la multiplicité de ses manifestations, aussi bien que les conditions générales qui altèrent la résistance à la douleur, les conditions anatomiques qui modifient les impressions douloureuses, en même temps que l'altération de la sensibilité, par les influences morales et les états morbides.

Le lecteur bien préparé peut suivre alors avec profit l'étude de la douleur dans les *névralgies* et dans les *viscéralgies*, étude prêtant à des considérations cliniques qui, en diagnostic différentiel, sont d'un grand intérêt pour le praticien. Le même intérêt se retrouve dans le chapitre *sur la douleur considérée dans les maladies aiguës et les maladies chroniques*, et qui débute par des considérations sur la douleur dans les maladies, suivant le sexe et l'âge.

La douleur est successivement étudiée en physiologiste et en clinicien partout où elle se présente : dans le typhus, la fièvre typhoïde, la peste, le choléra, la fièvre jaune, les maladies arthritiques; dans la migraine et dans l'irritation spinale, les maladies cérébrales et médullaires, les maladies des voies respiratoires, les maladies du cœur, celles du tube digestif, du foie, des voies urinaires, des organes génitaux et dans quelques maladies chirurgicales.

Ce sont autant de chapitres concis, et cependant complets, malgré l'étendue du sujet qui comprenait toute la pathologie.

En un mot, ce livre est une monographie de la douleur moins le traitement.

Du chapitre qui termine ce petit traité : *De la douleur morale comme cause de maladies*, nous détachons ces quelques lignes : « C'est par les altérations du cœur que se termine « la vie de beaucoup de médecins à Paris. Leur existence souvent surmenée, passée au « milieu des tristesses qu'apporte l'expérience des misères physiques et morales de « l'homme, et d'émotions fortes contenues et cachées sous le calme du devoir, n'est pas « sans influence sur la production de ces lésions qui ne sont pas non plus sans lien « avec l'accélération du cœur si souvent causée par l'ascension des étages. Bien des « médecins meurent d'angine de poitrine, conséquence ordinaire d'une altération de « nutrition du muscle cardiaque. »

Que de noms de médecins pourraient être inscrits ici!

Dr J.-C. Rougon.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1884.

Les premiers cas de choléra à Paris.

Depuis l'invasion épidémique du midi de la France, on a mené grand tapage autour de prétendus cas de choléra asiatique qui se séraient déclarés dans le milieu parisien. C'étaient propos d'affolés, nouvelles à sensation de chroniqueurs aux abois ou bien même récits d'*interviews* d'individualités très pharmaceutiques et fort peu médicales.

Au moment où la plage de Trouville et la guerre de Chine font loisir à certaines plumes, il est bon de prendre le devant, et, sans attendre les bulletins officiels, d'exposer

(1) A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

les faits suivants dans leur vérité, d'abord pour renseigner les confrères qui nous lisent, ensuite pour prévenir toute exagération dans le public extra-médical.

Depuis tantôt huit jours, on a reçu à l'hôpital Bichat, dans le service des cholériques dirigé par M. Henri Huchard, plusieurs cas suspects. Informations prises, voici quels ils ont été et quels ils sont.

Le 1er septembre, un diarrhéique était admis et succombait le lendemain dans cet établissement qui, on le sait, a été spécialement affecté aux cholériques, par décision de l'Assistance publique. Ce cas était suspect.

Cinq jours après, on recevait un second diarrhéique. Celui-ci était arrivé depuis peu à Paris. Revenant d'Amélie-les-Bains, il avait, dix jours auparavant, passé un jour et une nuit à Perpignan, s'y livrant très probablement à quelques excès de table et éprouvant déjà des vomissements et de la diarrhée.

Pendant tout le voyage, celle-ci persista; — ce qui, soit dit entre parenthèses, ne démontrerait pas l'efficacité du fameux service de surveillance des gares de chemins de fer, si ministériellement organisé par M. Hérisson ! — A Paris, la diarrhée continue; il entre à l'hôpital avec les symptômes du choléra et sans toutefois présenter de cyanose. Dimanche, celle-ci était légèrement manifeste; les vomissements et la diarrhée persistaient, quoique le cas restât de moyenne intensité et de probable guérison.

Le vendredi 5, au matin, entrait un malade, habitant du XVe arrondissement. Diarrhéique depuis cinq ou six jours, il avait de la cyanose, de l'anurie, de l'aphonie incomplète, un pouls petit et misérable, etc., en un mot des symptômes de choléra confirmé. Il succombait le lendemain et une autopsie rapide confirmait le diagnostic.

Ce même jour, 6 septembre, on amenait d'Aubervilliers un homme de 45 ans et une jeune fille de 12 ans environ, le père et la fille, tous deux résidant dans le même le logement; l'un et l'autre présentaient les symptômes du choléra confirmé : cyanose, petitesse du pouls, évacuations typiques, etc.; jusqu'à présent néanmoins, leur état ne semble pas désespéré. Enfin j'ajouterai qu'il n'a pas encore été possible de trouver l'origine de la contamination de ces deux malades.

A titre de renseignements pratiques, il faut noter que le traitement employé dans ces divers cas consistait, suivant les indications en injections, hypodermiques d'éther et de caféine à hautes doses. Si je ne me trompe, ce dernier médicament, modificateur puissant de la vaso-motilité et de la circulation, est employé pour la première fois contre le choléra. On a aussi fait usage des inhalations d'oxygène, des frictions, des bains sinapisés, etc., et des autres moyens classiques. En outre, les préparations de Kola-Bah, substance plus riche en caféine que le café, et de nitrite de sodium, deux autres applications nouvelles au traitement du choléra, ont été administrées à l'intérieur.

Les plus grandes précautions ont été prises : isolement complet de tout le personnel; consignation des salles de malades, où les familles ne pénètrent pas; suspension des consultations externes pour éviter tous contacts suspects; enfin, il n'est pas besoin de le mentionner, désinfection des déjections par le chlorure de zinc, et de l'atmosphère des salles par des pulvérisations phéniquées. La puissance antimicrobique ou seulement désinfectante de celles-ci reste, ce me semble, encore à démontrer.

Quelle importance doit-on attacher à ces manifestations cholériques dans le milieu parisien? Actuellement, et malgré leurs allures symptomatiques, ces cas n'indiquent pas nécessairement le début d'une épidémie. Les malades vont mieux; deux seulement, dont un très douteux, ont succombé.

D'ailleurs, à l'autopsie, et quoique la présence des microbes de Koch soit de valeur relative, l'examen histologique a fait reconnaître seulement quelques rares bacilles en virgule. Nous avons même lieu de savoir que les lésions, dans cette autopsie comme dans celle du 1er septembre, ne permettaient pas seules d'affirmer la nature asiatique de la maladie.

On peut donc espérer qu'il s'agit tout au plus, ou d'une explosion cholérique isolée analogue à celle qui, le mois dernier, s'est produite et terminée sur place à Puits-le-Bon, dans le département de l'Yonne, ou de cas contractés dans le Midi et venant à échéance à Paris, comme on a pu en observer depuis le début de l'épidémie marseillaise, soit à Lyon et à Genève, soit dans d'autres localités. Cette opinion rassurante serait d'ailleurs celle du chef de service, M. Huchard, qui pense être en présence de foyers très localisés, n'ayant pas vraisemblablement de tendance marquée à la diffusion.

Toute autre conclusion est actuellement prématurée; aller au delà serait, il me semble, exagérer les faits. Des mesures énergiques et rationnelles ont été prises par l'Administration hospitalière. Elles n'ont pas seulement été prescrites, chose fréquente; elles ont été scrupuleusement exécutées, ce qui est plus rare.

Aujourd'hui lundi, dans l'après-midi, les trois malades en traitement sont en voie de sérieuse amélioration; de plus, il n'y a eu aucune nouvelle entrée à l'hôpital Bichat depuis samedi. Ainsi, comme nous le disons plus haut, les alarmes seraient illégitimes, et tout porterait à croire qu'il s'agit d'une explosion cholérique limitée et sans tendance à la diffusion. — Ch. Eloy.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 25 au 31 août 1884. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 932. — Fièvre typhoïde, 32. — Variole, 0. — Rougeole, 18. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 7. — Diphthérie, croup, 27. — Dysentérie, 3. — Erysipèle, 5. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. aiguë), 46. — Phthisie pulmonaire, 175. — Autres tuberculoses, 19. — Autres affections générales, 59. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 40. — Bronchite aiguë, 11. — Pneumonie, 34. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 72; au sein et mixte, 53; inconnues, 14. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 80 ; circulatoire, 56 ; respiratoire, 56 ; digestif, 62 ; génito-urinaire, 21; de la peau et du tissu lamineux, 1 ; des os, articulat. et muscles, 5. — Morts violentes, 24 — Causes non classées, 4.

Le service de Statistique a compté, pendant la semaine actuelle, 932 décès au lieu de 987, qui avaient été enregistrés la semaine passée. C'est le chiffre le plus faible qu'on ait observé depuis le commencement de l'année.

La Rougeole (18 décès au lieu de 26), présente un abaissement notable, qui se maintiendra sans doute plusieurs semaines encore. Il faut pourtant noter la persistance d'une épidémie locale dans le quartier de Belleville (2 décès), qui compte régulièrement chaque semaine plusieurs décès dus à cette cause.

La Fièvre typhoïde (32 décès au lieu de 33), et la Diphtérie (27 décès au lieu de 24), ne présentent que des variations peu importantes. La Variole (pas de décès dans les deux dernières semaines), la Scarlatine (3 décès), continuent à être rares. La Coqueluche (7 décès au lieu de 6), présente des chiffres relativement peu élevés.

Parmi les maladies saisonnières, on remarque la faiblesse du nombre des décès par Bronchite (11 décès au lieu de 13) qui, au mois de mai et de juin oscillait encore entre 25 et 30 décès par semaine, et par Pneumonie (34 décès au lieu de 37), qui s'élevait en moyenne à 80 pendant les semaines de mai. Tous les âges, et surtout les vieillards, ont profité de cel abaissement de la mortalité par Bronchite : les enfants de 0 à 5 ans, qui qui avaient compté 68 décès par Bronchite pendant les quatre semaines de mai, n'en ont compté que 34 pendant les quatre semaines d'août. Les enfants de 5 à 15 ans, au lieu de 5 décès en mai, n'ont pas fourni de décès en août. Les adultes de 15 à 60 ans, au lieu de 19 décès en mai, n'ont fourni que 5 décès en août. Enfin, tandis qu'il y avait eu 17 décès de vieillards de plus de 60 ans en mai, il n'y en a eu que 1 seul en août.

L'Athrepsie (gastro-entérite) des jeunes enfants (139 décès au lieu de 186), a notamment diminué ; mais elle reste encore très fréquente, ainsi qu'il arrive d'habitude en cette saison. La moyenne du nombre hebdomadaire des décès par Athrepsie était en mai, de 56, en juin, de 67, en juillet, ce nombre s'élève brusquement à 209 et s'élève encore à 224 en août. On voit que le chiffre actuel, quoique très inférieur au chiffre du mois d'août, est très supérieur à celui qu'on observait en juin.

Le service de Statistique a reçu avis de deux décès qualifiés de choléra sporadique par les médecins traitants. L'un de ces deux cas a été insuffisamment observé, la malade ne s'étant décidée à se faire soigner qu'au cinquième jour de sa maladie. Dans l'autre cas, le malade a été complètement observé, et le médecin a pu justifier son diagnostic rassurant.

Le service de Statistique a reçu notification de 282 mariages et de 1,165 naissances d'enfants vivants (603 garçons et 562 filles), dont 840 légitimes et 325 illégitimes. Parmi ces derniers, 50 ont été reconnus immédiatement par l'un des parents ou par les deux.

Dr Jacques Bertillon.
Chef des Travaux de la Statistique municipale de la Ville de Paris.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — M. Juhel-Rénoy, chef adjoint de clinique médicale, est délégué, du 1er août au 31 octobre 1884, dans les fonctions de chef de clinique médicale en remplacement de M. Brissaud, démissionnaire.

Le Gérant : G. Richelot.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs

Sommaire

BULLETIN

Académie de médecine, 9 septembre. — Dans la situation où nous sommes, il est certainement plus utile de poursuivre des expériences cliniques sur les désinfectants et les moyens pratiques de s'en servir, que de prolonger, sur les doctrines de l'évolution et de l'importation, une controverse où l'épidémie actuelle ne fournit aucun argument nouveau.

Mais il est bien entendu qu'il s'agit d'expérimenter sérieusement, et non de lancer des produits pharmaceutiques. Autrement, nous en reviendrions à un prudent scepticisme, et nous passerions sans écouter.

Or, en procédant sérieusement, voici qu'on en revient à l'acide sulfureux, déjà connu. C'est du moins l'avis exprimé par M. Dujardin-Beaumetz, en collaboration avec M. Pasteur.

Pour s'en tenir aux moyens pratiques, d'un usage commode pour les désinfecteurs officiels, qui ne seront pas des médecins, il faut éliminer le brome, le chlore, l'acide hypoazotique et tant d'autres substances qui sont d'un maniement compliqué ou dangereux, ne pénètrent pas dans l'épaisseur des matelas ou altèrent le linge et les objets métalliques de l'appartement. Seul, l'acide sulfureux est à la hauteur de la situation, sous trois formes : en brûlant la fleur de soufre, on ne dépense rien, mais on éclabousse les dorures et les glaces; l'acide sulfureux anhydre épargne le mobilier, mais il est fort cher; la combustion du sulfure de carbone, dans une lampe *ad hoc* de fabrication ingénieuse, semble répondre à toutes les indications. Le gaz antiseptique se répand dans tous les coins et pénètre les matelas; la lampe s'éteint d'elle-même et n'allume pas d'incendie; des bouillons de culture placés dans la pièce en expérience ont été stérilisés; le vaccin liquide est devenu inerte et l'inoculation à des enfants ou à des génisses n'a rien produit, mais des croûtes vaccinales ont gardé leurs propriétés virulentes. Tels sont, rapidement esquissés, les résultats obtenus dans les baraquements de l'hôpital Cochin.

Chemin faisant, l'orateur avait fait allusion aux travaux antérieurs de MM. Vallin et Legouest; et celui-ci nous a rappelé que depuis longtemps l'acide sulfureux est employé pour désinfecter les casernes. Quel dommage que les faits cliniques et les expériences mettent si peu d'enthousiasme à tomber d'accord, et qu'un acide pour qui c'est un jeu de stériliser les bouillons ait tant de peine à chasser la fièvre typhoïde de l'armée!

Il semble que cette réflexion ait aussi traversé l'esprit de M. Jules Guérin, car il a demandé où sont les faits qui démontrent la valeur clinique de la désinfection par l'acide sulfureux. Les agents morbides que vous poursuivez en théorie n'étaient pas dans vos baraques. Il faudrait savoir si, dans une chambre où a sévi la variole, nous serons à l'abri de la variole après le passage des vapeurs sulfureuses. A cela M. Dujardin-Beaumetz répond que le vaccin, seul virus qu'on puisse éprouver sur l'homme, a été frappé d'impuissance : c'est là un fait qui vaut la peine d'être noté.

Quoi qu'on puisse dire de l'imperfection des résultats obtenus jusqu'ici, nous répétons que M. Dujardin-Beaumetz a rompu la monotonie de la discussion académique et donné un véritable intérêt à la seconde moitié de la séance. Un tel débat était de mise au moment où on nous signale plusieurs cas avérés de choléra dans un hôpital parisien. Peut-être le moment sera-t-il bientôt venu d'agir plus et de moins parler.

A ce propos, quelle idée ont donc les médecins quand ils disent : « Tout porte à croire que les cas signalés n'ont pas de tendance à la diffusion »? Quel peut être ce « tout » qui les porte à croire, puisqu'ils ne savent rien sur le mode de propagation du choléra? L.-G. R.

Le Congrès international de la Haye.

Il y a deux ans, les hygiénistes en vacances avaient rendez-vous à Genève. L'amour de la science les inspirant, peut-être aussi les séductions helvétiques et l'azur du lac Léman y aidant, leur nombre s'était élevé au respectable chiffre de cinq cents. C'était presque celui de nos députés; de sorte que les enthousiastes avaient pu surnommer cette réunion : la Chambre des députés de l'hygiène.

Cette année, à la Haye, sous le climat brumeux de la Hollande, ce zèle s'est amoindri. Volontaires de la science ou délégués officiels, chercheurs de laboratoire ou vétérans de la pratique, ingénieurs ou architectes, voire même conseillers municipaux; tout bien compté, des trois cent vingt adhérents à l'appel du comité organisateur, deux cents seulement sont venus. Pour la plupart, les congressistes sont des personnages officiels ou des délégués gouvernementaux; ce n'est plus une Chambre des députés de l'hygiène, c'en est une sorte de Sénat.

Les reporters en donnent divers motifs; à mon avis, il vaut mieux passer outre, et, sans me creuser la cervelle, j'y vois pour cause la fréquence trop grande des réunions de ce genre. Parmi les puissances dont les représentants officiels faisaient défaut, on notait l'Angleterre et l'Allemagne.

Il est vrai qu'en l'absence de John Bull et des envoyés du souverain à la couronne de fer, on avait obtenu l'adhésion du grand Turc et une délégation du souverain aujourd'hui *in partibus* du pays des Pharaons. Cela donne à espérer, pour le prochain Congrès, la représentation des îles Hawaï, peut-être même du Zoulouland, ou tout au moins du pays des Howas aujourd'hui bloqué par nos marins.

Ne croyez pas que cette représentation soit question secondaire : il en est tout autrement. J'en trouve la preuve dans le discours inaugural du président et les discussions sur un *projet de code sanitaire international.*

Ce président, M. de Beaufort, est une personnalité parlementaire du royaume des Pays-Bas, et son allocution avait pour sujet les rapports de l'hygiène avec la politique. A ce propos, j'ouvre une pararenthèse ; voici pourquoi : Un confrère de la presse médicale reproche à M. de Beaufort de n'être pas médecin et aux hygiénistes d'accorder la présidence de leurs réunions à des personnes étrangères à cette science spéciale. Eh bien, toute courtoisie mise hors de cause, ma pudeur n'est pas aussi effarouchée. Je trouve qu'il n'était pas déplaisant, surtout pour nous autres Français, qui sommes fort peu habitués à ce langage, d'entendre un homme politique proclamer l'excellence des idées scientifiques nouvelles. C'est à coup sûr plus rassurant et moins choquant que les circulaires de M. Hérisson ou les entreprises d'hygiène parlementaire de certain député bien connu.

Le discours de M. de Beaufort était d'ailleurs une opportune introduction au débat qui allait s'ouvrir bientôt sur l'*organisation internationale de l'hygiène publique.* Ici, la discussion a été animée. Faut-il s'en étonner, alors que fonctionnaires officiels de l'hygiène dans leur pays, nombre de congressistes plaidaient un peu *pro domo suâ?* M. Van der Corput ouvre le débat. Il demande la fondation d'une ligue internationale de l'hygiène, ayant pour but l'avertissement mutuel des gouvernements sur les épidémies et la prévention de leurs ravages. Le programme est vaste et même trop vaste pour donner espoir de vie à cette nouvelle ligue du bien public.

A cet effet, chaque pays devrait être préalablement doté de services d'hygiène nationaux. M. Crocq pense sans doute ainsi, quand, tout en donnant raison à son distingué compatriote, il profite de l'occasion, donne légitime satisfaction à l'amour-propre belge et recommande, en exemple, l'organisation sanitaire de son pays.

La cause de la ligue n'est pas gagnée. Vous voulez un conseil international d'hygiène, dit M. Proust, soit, mais il devra posséder une autorité. Ses décisions auront-elles une sanction? Il doit pouvoir donner des ordres. Quel sera l'exécuteur? Les traités y pourvoiront; et, pour cela, il faut demander la réunion d'une conférence de délégués des, divers gouvernements.

C'est donc une conférence d'hygiène diplomatique que réclame M. Proust. Mais réplique M. Alglave, voici une difficulté. Dans une conférence diplomatique, le résultat

des délibérations n'est international que par le consentement unanime des puissances. Comment l'obtenir de gouvernements dont les intérêts sont divers ou contraires? Et puis, dans une telle réunion, la situation des hommes de science n'est plus indépendante; agents diplomatiques, ils reçoivent des instructions impératives, subissent la discipline politique et perdent toute liberté d'opinion. Paroles d'or, à l'heure actuelle où l'épidémie du fonctionnarisme sévit en France et, il faut l'avouer tout bas, sur le corps médical!

M. Alglave préfère la rédaction d'un code sanitaire international et la fondation d'un institut international d'hygiène. M. Brouardel appuie le projet, et malgré les objections de M. Rochard, qui n'est pas convaincu de l'autorité d'une telle institution purement scientifique, on vote le principe du code sanitaire international et on réserve la question du procédé de rédaction. Voilà donc une promesse, c'est mieux que rien; mais, hélas! ce n'est pas encore grand'chose!

Nous attendrons donc, et pour nous faire prendre patience, M. Fienhove expose les *mesures à prendre pour combattre le premier cas de maladie contagieuse en temps d'épidémie*. Au reste, le médecin de l'hôpital de La Haye est homme pratique; ses projets sont en partie réalisés. Il a fait, dit-il, installer un petit lazaret d'isolement, avec une chaudière spéciale pour soumettre à l'ébullition les linges, vêtements et hardes du fameux « premier cas ».

Jusque-là, rien de mieux, me dites-vous. Ce n'est pas tout, cependant ; la malice des microbes étant proverbiale, on ne saurait trop prévenir ses offenses. Un vent coulis, une porte mal fermée, ou la plus petite négligence d'un infirmier, peuvent mettre les ennemis dans la place. Que propose donc M. Fierhove? Il enferme tout, malade et médecin, les met sous clef et la réclusion est absolue. Celui-ci ne quittera celui-là qu'après mort ou guérison; une trappe spéciale les mettra en relation avec l'extérieur, d'où ils recevront par ce moyen, mais avec maintes précautions, médicaments et aliments! Vraiment, il n'était pas besoin d'une excursion en Hollande pour entendre de telles propositions et constater les effets psychiques de la terreur microbique.

Je ne m'arrête guère à la communication de M. Stokvis sur l'*alimentation des microbes*. « Dis-moi ce que tu manges, je te dirai ce que tu es »; le médecin hollandais applique ce proverbe à l'histoire naturelle des microbes. Il veut déterminer, d'après les principes dont ils s'alimentent, s'ils sont nuisibles par leur seule présence, par la soustraction au sang de certaines substances, ou bien par des produits toxiques résiduaires de leur nutrition? Je passe donc sur ce problème passablement obscur, et j'en arrive à la lecture de M. Guge sur l'*art de respirer*.

Pour M. Guge, la respiration nasale est la seule rationnelle. Plus sévère que M. Dally, il ouvre procès au déplorable usage de faire cheminer l'air par la voie buccale et non pas exclusivement à travers les cavités nasales. Pour convaincre ses adversaires, pécheurs endurcis contre l'art de respirer, M. Guge va loin. Il s'embarque même, traverse les mers, emprunte ses exemples aux habitants de Java, aux Iroquois et aux Peaux-Rouges. Ceux-ci, dit-il, empêchent leurs enfants de prendre l'habitude funeste de respirer par la bouche. Si vous n'êtes convaincu, apprenez que la conclusion de ce discours est une recommandation en faveur d'un instrument d'occlusion buccale : le *contre-respirateur*. Malgré tout, l'instrument n'est pas parfait, et M. Delestouches (de Bruxelles) se déclare contre lui et pour la mentonnière immobilisatrice! Voilà donc concurrence entre des instruments de contrainte, auxquels je ne suis pas seul à préférer les cailloux de Démosthènes. En tout cas, les mânes de l'Anglais Georges Catlin doivent être satisfaites; à l'audition de ces discours, on croyait relire sa fameuse brochure au titre bizarre : *Ferme la bouche et sauve la vie.*

J'aborde une question importante et magistralement traitée par M. Rochard : celle de la *valeur de la vie humaine*. Hygiénistes et économistes liront avec intérêt cette sévère démonstration, par laquelle notre compatriote a montré, chiffres en mains, que les dépenses faites au nom de l'hygiène sont des économies, le gaspillage de la vie humaine étant la plus grande cause d'appauvrissement pour les sociétés.

En effet, la population française représente une valeur économique de 41,321,236,656 fr.; sa mortalité annuelle, 944,686,444 francs, soit un milliard avec les frais de sépulture, et sa morbidité 708,420,583 francs avec les frais de traitement et les pertes de travail. C'est un capital de 1,649,107,027 francs ou la moitié du budget annuel des dépenses de la France. Economiser le dixième de cette somme (ou 146 millions), ne serait-ce pas constituer un magnifique budget de la santé publique? Or, le choléra a coûté à l'Europe 3 milliards en cinq épidémies; la dîme annuelle que prélèvent les fièvres éruptives est de 300 millions; celle de la fièvre typhoïde, de 34,014,000; celle de la phthisie, de

2 milliards. En France, le bacille de la tuberculose coûte annuellement 160 millions. C'est assez dire que le discours de M. Rochard trouvera écho ailleurs qu'à La Haye.

Il en est de même du mémoire de M. Vallin sur les *mesures prophylactiques applicables aux cas de phthisie pulmonaire*. Le Congrès a adopté unanimement les sages propositions du savant hygiéniste, à savoir : la transmissibilité de la maladie aux individus bien portants; la nécessité de ne pas partager le lit ou la chambre des phthisiques; d'aérer et de ventiler cette chambre; d'éviter la projection des crachats sur le sol, leur dessiccation sur le linge; de désinfecter les hardes et la literie des phthisiques au moyen de la vapeur d'eau à + 100° et du lavage à l'eau bouillante; enfin, d'isoler les personnes débiles du contact des tuberculeux.

Dans son argumentation, M. Vallin a rappelé l'enquête des médecins anglais sur la contagiosité de la tuberculose. Des 1,200 médecins qui répondirent au questionnaire, 260 se déclaraient contagionnistes et 940 restaient sur la réserve.

La même initiative a été prise par la Société italienne d'hygiène, et M. Corradi en signale les résultats au Congrès. *La contagiosité de la tuberculose* a été affirmée par 59 médecins, niée par 124 et admise sous réserve par 497, sur les 680 médecins ayant pris part à cette enquête. Seulement, les plus contagionnistes déclarent que la transmission s'exerce seulement si le terrain est favorable, c'est-à-dire sur des sujets débilités. Enfin, l'ambition de M. Corradi va plus loin : il demande l'extension de cette enquête dans tous les pays.

Si la tuberculose a tenu une large place dans les travaux du Congrès, il faut reconnaître que le choléra et les quarantaines en occupent une aussi grande. C'était une sorte d'obsession; cependant, l'accord était établi aussi entre les hygiénistes pour reconnaître l'utilité des quarantaines maritimes et les inconvénients des quarantaines terrestres. Voici cependant un ophthalmologiste d'origine belge, maintenant délégué khédivial; il ondamne les quarantaines maritimes, ne croit pas à la contagiosité du choléra et n'en admet qu'une espèce, le choléra sporadique. On passe au vote; deux voix donnent appui à cette opinion, celle de M. Smith, rédacteur de *The Lancet,* et celle de M. Dutrieux lui-même.

La théorie du libre échange du choléra était donc définitivement repoussée par le Congrès, et le maintien des mesures quarantenaires adopté comme la seule mesure efficace contre l'invasion des épidémies d'Orient. D'ailleurs, ce n'était pas seulement en matière de choléra que la décision du Congrès était justifiée. Dans une étude sur l'*extension de la zone géographique de la fièvre jaune*, le délégué de la marine espagnole, M. Caro, faisait pressentir l'invasion menaçante de cette maladie hors de ses foyers d'origine et la nécessité d'en organiser la prophylaxie sanitaire internationale.

Dans le domaine des maladies épidémiques, il faut mentionner encore une lecture de M. Durand Claye sur la *répartition de la fièvre typhoïde dans Paris*, lecture dans laquelle il s'inspirait de son remarquable et récent mémoire sur cette affection. La distribution des eaux potables y joue un grand rôle; aussi, à cette question se rattache en partie celle des *eaux alimentaires*, que M. Crocq a traitée à nouveau; plus indirectement encore, on peut en rapprocher celle des *falsifications alimentaires*, dont M. Brouardel propose avec raison d'assurer la répression sévère par un règlement international.

Je signalerai encore les notes de M. Poincarré sur la *coloration des substances alimentaires par l'aniline et ses dérivés;* de M. Laget, sur la *restriction volontaire des naissances*, et de M. Marey, sur le *mécanisme de la marche et la transformation de la chaleur animale en mouvement musculaire.*

L'hygiène sociale a trouvé des avocats pour étudier ses problèmes : M. Roth, l'infatigable apôtre des *mesures préventives de la cécité;* M. Napias, discutant les *droits et les devoirs de l'Etat à l'égard des travailleurs*, et de Mme Bowell Sturge, toujours dévouée à *l'éducation des enfants sans famille en Angleterre.*

Je m'arrête, sans insister sur les menus épisodes du Congrès. Je note cependant la décision de siéger à Vienne en 1886, et je laisse nos congressistes à l'échange du cliché banal des traditionnelles congratulations. — C. L. D.

BIBLIOTHÈQUE

Traité de l'herpétisme, par le docteur E. Lancereaux, médecin de l'hôpital de la Pitié, membre de l'Académie de médecine, etc. (Un volume grand in-8° de 343 pages, avec 19 figures dans le texte, Paris, 1883, chez A. Delahaye.)

L'étude des diathèses et des maladies constitutionnelles, après avoir été laissée de

côté, prend une grande importance depuis quelques années. La pathologie générale et la clinique n'ont qu'à gagner à cette étude qui sert à relier différentes maladies en apparence disparates, qui réunit dans une même famille pathologique un grand nombre de manifestations pathologiques.

Les maladies chroniques peuvent être, avec l'auteur, classées en trois groupes principaux; le premier comprend : la syphilis, l'alcoolisme, le saturnisme et même l'impaludisme; au second appartiennent la tuberculose, la scrofulose, le scorbut. Quant au troisième, il se compose de maladies chroniques soumises, avant tout, à l'hérédité. Ce sont des maladies constitutionnelles par excellence, dans lesquelles « le système nerveux joue le rôle prédominant. » Dans cette classe viennent se confondre le rhumatisme, la goutte, l'obésité, le diabète, la gravelle urique, la carcinose.

Sous le nom d'herpétisme, le savant auteur dont nous analysons aujourd'hui un peu tardivement le remarquable ouvrage, réunit « toute une série de modifications morbides, dynamiques et matérielles, qui se succèdent dans le cours de la vie d'un même individu, avec un ordre tel qu'il ne peut être douteux qu'un lien de parenté les unit et les rattache à une même condition pathologique générale, de façon à former une seule et unique maladie. » L'herpétisme, qui a besoin souvent, comme toutes les maladies constitutionnelles, de plusieurs générations pour accomplir son cycle, traverse deux phases successives caractérisées : l'une, par des désordres purement dynamiques (migraines, névralgies, spasmes, hypochondrie), l'autre par des lésions matérielles qui affectent d'une façon spéciale les téguments et les tissus périvasculaires (poils, ongles, aponévroses, cartilages, endartère).

I. La période des DÉSORDRES FONCTIONNELS OU DYNAMIQUES comprend des *troubles de la sensibilité* (prurit, névralgies, viscéralgies, migraines) ; *du mouvement* (spasmes des voies respiratoires, asthme, spasmes des organes circulatoires, palpitations cardiaques et artérielles, spasmes des voies génito-urinaires, spermatorrhée et aspermatisme, spasmes de la vessie et du vagin; spasmes des voies digestives); *du système vasomoteur* (hypérémies, hémorrhagies, épistaxis, hémorrhoïdes, hémoptysies, métrorrhagies, hydropisies, hypercrinies, embarras gastrique, dyspepsie, diarrhée, hypercrinie biliaire, polyurie, etc.); *de l'intelligence* (hypochondrie, etc.).

II. La période des LÉSIONS MATÉRIELLES comprend :

1° Les *lésions de la peau* ou *herpétides exanthématiques*, caractérisées par des éruptions superficielles disparaissant sans laisser de cicatrices, prurigineuses surtout pendant la nuit, symétriques, mobiles, etc. (érythèmes, urticaire, purpura, lichen, pityriasis, psoriasis, eczéma, herpès, pemphygus, acné).

2° Les *lésions des poils et des ongles*, communes surtout chez les herpétiques parvenus à l'âge de 40 ou 50 ans, et caractérisées par l'allongement, l'épaississement, la striation et le psoriasis des ongles, par l'atrophie et la chute des poils au cuir chevelu, au sourcil et à la barbe. Les lésions des dents (carie, usure, atrophie) ne s'observent, d'après l'auteur, qu'à la suite des névralgies rebelles de la cinquième paire.

3° *Les lésions des membranes muqueuses*, ou *herpétides énanthématiques*, caractérisées comme celles de la peau, par leur état superficiel, l'absence de cicatrices, leur marche lente et chronique traversée souvent par des poussées aiguës, accompagnées de sensations de cuisson, de picotement, de brûlure ou de sécheresse.

Les herpétiques affectent principalement : *a*) Les voies respiratoires (coryza, blépharite, palato-pharyngite ou angine granuleuse, laryngite, trachéo-bronchite, emphysème pulmonaire, etc.); — *b*) Les voies digestives (psoriasis, ichthyose ou lichénoïde de la langue, dilatation de l'estomac, entérite membraneuse, etc.); — *c*) les voies génito-urinaires (gravelle urique, blennorrhée, herpétides utérines, dysménorrhée pseudo-membraneuse).

4° *Les lésions du système locomoteur* comprenant celles des muscles (crampe des écrivains, douleurs et contractures musculaires); les lésions des os (ostéites), des articulations (arthrites aiguës, arthrites chroniques déformantes partielle ou généralisée, arthrite vertébrale, synovites).

5° *Les lésions des tissus fibreux* (rétraction de l'aponévrose palmaire, lésions des tissus fibreux de l'œil et de l'oreille, etc.).

6° *Lésions du système circulatoire* (varices veineuses, hémorrhoïdes, athérome artériel). Ces dernières donnent lieu à des altérations viscérales qui, ainsi, ne relèvent pas directement de l'herpétisme, mais de l'insuffisance de l'irrigation sanguine dans les organes : du côté de l'encéphale (lacunes, état criblé, ramollissement, hémorrhagies); de l'œil et de la rétine (rétrécissement ou dilatation des vaisseaux rétiniens, ecchymoses papil-

laires, épaississement du nerf optique, opacités cristalliniennes); de l'oreille (otite scléreuse, épaississement de la trompe d'Eustache); des poumons et du cœur (foyers apoplectiques pulmonaires, myocardites scléreuses, hypertrophie du cœur); du foie, de la rate, du tube digestif et des reins (atrophie du foie et de la rate, érosions hémorrhagiques de l'estomac et de l'intestin, néphrite interstitielle); des membres (gangrènes sèches).

Après avoir passé en revue avec le plus grand soin toutes les manifestations qui se lient d'une façon directe ou indirecte à l'herpétisme, M. Lancereaux étudie leur marche, leur mode d'apparition variables suivant les âges. C'est ainsi que l'enfance se fait remarquer par la fréquence et l'intensité des désordres qui portent sur le mouvement, la sensibilité, le système vaso-moteur : convulsions, incontinence des urines, spasmes divers, migraine, prurit, urticaire, purpura, angine granuleuse, blépharite ciliaire, etc., tous accidents que l'on regarde à tort comme des affections isolées et indépendantes, tandis qu'elles émanent au contraire d'une même disposition constitutionnelle. L'adolescence est l'époque des épistaxis, des hémoptysies, des névralgies, des éruptions diverses, des pertes séminales, de la chlorose, tandis que, dans l'âge adulte, on observe les migraines, les hémorrhoïdes, la dyspepsie; plus tard encore des désordres trophiques, des lésions des articulations, l'athérome artériel, etc.

L'herpétisme peut affecter les formes bénigne, commune ou maligne, celle-ci caractérisée par les désordres du côté des bronches, du système artériel et des articulations; il peut se compliquer de cancer, de tuberculose et même d'hystérie avec laquelle il offre même d'assez étroites affinités; il présente avec les autres maladies des rapports cliniques importants à connaître; enfin, il est engendré par deux sortes de causes, une cause prédisposante, la plus importante, qui est l'*hérédité*, et d'autres causes adjuvantes qui se groupent sous trois chefs : influences climatériques et hygiéniques, physiologiques, pathologiques.

Ayant étudié, dans des chapitres fort intéressants, l'étiologie, la pathogénie et le diagnostic de l'herpétisme, l'auteur aborde le traitement qui doit répondre à un double but : combattre l'état local, modifier la condition générale de l'organisme qui le produit et l'entretient. Il y a sur la prophylaxie et le traitement, sujet qui couronne si dignement l'œuvre, une quarantaine de pages qu'il faut lire et méditer, et qui s'adressent aussi bien aux savants qu'aux hygiénistes et aux praticiens.

En analysant d'une façon aussi complète que possible les matériaux contenus dans ce livre, nous n'avons pas fait encore ressortir tous les mérites de cette œuvre qui fait le plus grand honneur à M. Lancereaux. Anatomo-pathologiste de premier rang, clinicien qui a fait ses preuves, il a su se servir de deux qualités maîtresses pour arriver à la conception nette et précise d'un état constitutionnel, l'herpétisme, comprenant de nombreuses et variées manifestations morbides; il a su appuyer ses descriptions cliniques sur une base solide et durable, l'anatomie pathologique; il a encore su, en vrai clinicien, voir plus loin et plus haut que les affections locales et s'élever jusqu'à la notion de maladie générale. L'auteur n'est pas de ceux qui ne citent que les travaux de l'étranger et qui s'emparent trop précipitamment d'une idée. Son œuvre est de longue haleine, patiemment méditée; elle s'appuie sur son expérience personnelle, et aussi sur celle des auteurs français qui l'ont précédé, et les travailleurs qui voudront approfondir plusieurs questions auront toujours le moyen de le faire en consultant les nombreuses indications bibliographiques contenues à la fin de chaque article. Il n'y a donc que des éloges à adresser à ce travail, où la pathologie générale, la clinique, la thérapeutique et l'honnêteté scientifique trouvent si largement leur compte. M. Lancereaux a prévu, dans sa préface, que quelques médecins — et nous sommes du nombre — lui reprocheraient d'avoir désigné par le mot *herpétisme* ce que d'autres auteurs ont appelé *arthritisme*. A cela, il répond que sous ce dernier nom on a réuni des maladies absolument distinctes, comme le rhumatisme articulaire aigu, la goutte, le rhumatisme articulaire chronique, et que « cette dernière affection différant des deux précédentes par son origine, ses caractères anatomiques et cliniques, il lui fallait bien la placer dans un autre cadre et trouver un mot (l'herpétisme) pour désigner l'ensemble des désordres pathologiques qui rentrent dans ce même cadre. » Mais, puisque de nombreuses lésions articulaires, que l'auteur prend soin lui-même de décrire, appartiennent à « l'herpétisme », il nous semble qu'il y avait tout intérêt à conserver le mot arthritisme, sur lequel on s'entend assez généralement. C'est là, comme on le voit, une simple querelle de mots qui n'enlève rien au grand mérite de l'ouvrage dont nous conseillons très vivement la lecture à tout praticien désireux de s'instruire.

Henri Huchard.

L'HISTOGÉNÈSE ET LA MÉTAMORPHOSE DES FIBRES ÉLASTIQUES ET LA DOCTRINE CELLULAIRE, par le docteur Luigi AGENO. — 1884. Gênes.

L'auteur de cet ouvrage, le professeur Ageno, de l'Université de Gênes, a depuis longtemps pris place dans la littérature médicale italienne par divers travaux. En effet, il suffit de rappeler ses mémoires *Sur la science anatomique aux principales époques de l'histoire*, le discours d'ouverture du Congrès de l'Association médicale italienne à Gênes en 1880, et son travail *Sur les localisations cérébrales* avec M. Beisso.

Le livre actuel est le résultat de longues et de patientes recherches de laboratoire. L'histologie et l'histogénie des tissus et des éléments élastiques sont loin d'être complètement connues. C'est un problème difficile et qui exige de laborieux travaux. M. Ageno a voulu y apporter quelques lumières.

Avec une persévérance couronnée d'ailleurs de succès, il étudie l'évolution de la fibre élastique depuis la cellule connective embryonnaire dont elle dérive, jusque dans ses transformations et sa conjonction avec d'autres éléments anatomiques semblables pour constituer les réseaux et les tissus élastiques.

Je ne suivrai pas M. Ageno dans les développements de son travail, qui intéressera les histologistes et les anatomistes d'autant plus vivement que les démonstrations et les discussions, toujours sévèrement raisonnées, sont accompagnées de magnifiques planches. Elles facilitent au lecteur l'intelligence du texte et serviront utilement aux observateurs. — C. ELOY.

REVUE DES JOURNAUX

De l'essence de térébenthine contre la diphthérie. — Après Rosse, Munch et Saltow, le docteur Josefowicz a employé ce médicament chez les diphthéritiques et lui a trouvé quelques avantages. Peu d'heures après le commencement de son administration, la maladie perd de sa violence, les fausses membranes se détachent ou se désagrègent. La dose d'essence doit s'élever à une ou deux cuillerées à café de temps en temps et jamais chez les malades observés, cette dose ne produisit de troubles rénaux ou d'accidents intestinaux, mais la température s'abaissait et la fièvre s'atténuait. Enfin les applications locales étaient également utiles.

Bonikowski a fait usage de cette essence dans cinq cas, parmi lesquels il obtint quatre fois la guérison rapide de la maladie. Le cinquième malade succomba, mais, chez cet individu, on avait donné le médicament peu d'heures seulement avant la mort. Ce thérapeute lui attribue encore la propriété de faciliter le détachement des fausses membranes et de diminuer la violence des phénomènes inflammatoires. (*Russkaia meditzi*, n° 9. 1884, et *The L. med. Record*, 16 juin 1884.) — C. L. D.

De la préparation de la gaze au sublimé. — Cette gaze antiseptique est préparée de la manière suivante à l'hôpital de New-York. On plonge le tissu dans une solution ainsi formulée : *sublimé corrosif*, 20 parties; *eau*, 4,480 parties; *glycérine*, 500 parties.

Après douze heures de macération, il est tordu et séché. Pendant la durée des opérations chirurgicales, on fait continuellement couler goutte à goute sur les bords des incisions une solution de sublimé à 1 pour 1,000; on pratique les ligatures vasculaires avec le catgut au sublimé, et les instruments sont rendus aseptiques par l'immersion dans une solution d'acide phénique qu'on préfère à celle de sublimé qui a l'inconvénient de les altérer. (*The Brit. med. Journ.*, avril 1884, p. 659.) — C. L. D.

Du traitement de la fièvre à rechutes par l'arsenic, par BOGOMOLOFF. — Dans quatre cas de cette maladie, l'auteur a administré, soit à l'intérieur, soit en injections sous-cutanées, la liqueur de Fowler, par quantité de quatre gouttes. Sous son influence, il a vu la température s'abaisser rapidement de 40 à 33 degrés centigrades et de 41°5 à 35°5 dans l'espace de cinq à six heures après l'administration du médicament.

En même temps les malades transpiraient avec abondance ; les microbes perdaient leurs mouvements et ne tardaient pas à disparaître du sang. Enfin il constatait la cessation des rechutes et par conséquent la guérison rapide des malades. L'arsenic agissait donc à la fois comme médicament antithermique et comme agent antiparasitaire. (*Vratch*, 1883, n° 43 et 44.)

Par contre, M. Kurkinsky, ayant entrepris des recherches de contrôle, observa des effets très différents. La durée de la maladie ne fut pas diminuée et sa gravité fut plus grande que chez des individus soumis au traitement par la balnéation. (*Vratch*, 1884, n° 10.) — C. L. D.

Sociétés médicales des départements

Les travaux de la Société des sciences médicales de Lyon pendant le deuxième trimestre de l'année 1884.

Les observations de bec-de-lièvre sont communes dans la littérature médicale; néanmoins, le cas de *bec-de-lièvre congénital de la lèvre supérieure avec fissure de la voûte palatine* que M. Vincent a présenté à ses collègues dans la première séance d'avril dernier, méritait attention parce que cette malformation s'accompagnait d'une fistule bilatérale de la lèvre inférieure. Quelle est la pathogénie de ces lésions? Pour M. Vincent, un arrêt de développement pour M. Renaut, la possibililé d'un germe *ad amantii* avorté.

Un autre cas exceptionnel, celui d'un *fœtus atteint de variole intra-utérine sans éruption chez la mère*, a fourni à M. Laurent, interne des hôpitaux de Lyon, le sujet d'une note intéressante où il passe en revue les quelques faits semblables signalés par les auteurs et compare le filtrage du virus varioleux à travers le placenta à une atténuation de ce virus, ce qui expliquerait l'immunité maternelle.

L'interprétation de ce fait a quelque analogie avec les expériences où M. Chambrelent (de Bordeaux) voyait la vaccine être négative chez la mère et conférer l'immunité au fœtus. A l'appui de son opinion, M. Laurent cite le cas d'une femme qui, vaccinée durant sa grossesse, n'eût pas de pustules, et dont l'enfant était cependant réfractaire au virus vaccinal.

L'étiologie et la pathologie des *paralysies brachiales par compression* sont assez classiques pour ne pas s'y arrêter, si M. Vinay, dans la note adressée à la Société lyonnaise, n'avait étudié avec soin la paralysie double du triceps. Cette paralysie a été trop souvent méconnue parce qu'on oublie de la rechercher. Tel est le motif pour lequel cet observateur s'y arrête et recommande de combattre les paralysies des *béquillards* au moyen des courants faradiques, des frictions énergiques et des bains sulfureux.

M. Pupier a fait connaître ses tentatives d'emploi thérapeutique de l'*atropine dans le diabète.* Elles avaient pour origine les expériences physiologiques dans lesquelles M. Morat constatait naguère l'antagonisme de la pilocarpine, qui augmente la sécrétion glycosurique, avec l'atropine qui la diminue. Théoriquement, il y avait motif à ces essais cliniques. Mais voici que pratiquement les résultats donnent démenti aux recherches de laboratoire. Après tout, il n'y a guère lieu de s'en étonner, puisque les effets antiglycosuriques de l'atropine sont tardifs et se manifestent seulement après les effets cardiaques glandulaires, pupillaires et gastro-intestinaux. Provoquer de tels phénomènes pour obtenir un résultat thérapeutique incertain, ce serait aller trop loin. Aussi, il me semble que l'atropine a fait son temps comme agent anti-diabétique.

Il n'en est pas de même de l'emploi des *injections mixtes d'atropine et de morphine pour combattre les gastralgies.* Un éminent médecin du Creuzot, M. Martin, en a été l'avocat devant la Société lyonnaise. Dans la formule qu'il propose, l'atropine entre pour un dixième. MM. Aubert, Lepine et Humbert Mollière n'hésitent pas à en recommander l'emploi, l'un pour éviter les vomissements, même quand on l'administre aux heures des repas, l'autre contre les gastralgies des ataxiques, et le troisième pour régulariser les battements cardiaques. Ces avantages sont plus que suffisants pour assurer, il me semble, la fortune médicale de ce mélange.

Mais voici une communication dont le succès était assuré dans le milieu médical lyonnais. Je veux parler d'une observation de M. Garel sur une *pneumonie avec hyperthermie* (+ 42°) survenue six semaines après l'accouchement et *traitée avec succès par les bains froids.* Il est vrai que M. Garel ne présente pas ce cas comme une preuve de l'efficacité du traitement hydropathique de la pneumonie franche, car, dans l'espèce, la maladie avait bien quelques allures d'une manifestation directe de la septicémie puerpérale.

Cette opinion était celle de M. Augagneur, l'un des interlocuteurs de M. Garel dans la discussion; pneumonie puerpérale pour l'un, septicémie puerpérale à forme thoracique pour l'autre: peu importent les mots, il n'en est pas moins certain que l'hyperthermie a été vaincue par l'eau froide, au moment où un autre médecin lyonnais, M. Chabert, publie ,sous l'inspiration de M. Vincent, chirurgien de la Charité (de Lyon), un mémoire sur le *traitement de la fièvre puerpérale par les bains froids.* C'était bien là de l'opportunisme scientifique.

En terminant, je signalerai la note de M. Coutagne sur un *cas d'empoisonnement par le fruit du Taminier*, herbe vulgairement connue sous le nom de « raisin de vierge » et

d' « herbe à la femme battue », dans lequel on crut à un attentat, et la communication de M. CLÉMENT sur la *cardiopathie de la ménopause*, cardiopathie nerveuse et fonctionnelle, causée par une modification de l'innervation du nerf grand sympathique, ou bien par des phénomènes réflexes génitaux.

L'élément nerveux, excitation des nerfs accélérateurs et spasme vasculaire, s'associe à l'intervention pathogénique de l'aglobulie et de l'anémie. Des phénomènes cardiaques et dyspnéiques en caractérisent les accès, car cette maladie possède une marche paroxystique. Enfin, il faut ajouter — caractère qui a sa valeur diagnostique — que ces accidents sont rapidement justiciables les uns de la digitale ce sont les troubles cardiaques ; les autres de l'opium et de la morphine, ce sont les troubles dyspnéiques.

C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 septembre 1884. — Présidence de M. A. GUÉRIN.

La correspondance non officielle comprend :

1° Plusieurs communications relatives au choléra ;

2° Un pli cacheté déposé par M. le docteur Isoard (accepté) ;

3° Une observation de syphilis vaccinale adressée par M. le docteur Moré, de Berneu l (Charente-Inférieure) ;

4° Une note de M. le docteur Netter sur les effets pernicieux de l'opium contre la diarrhée initiale du choléra.

M. BROUARDEL présente, de la part de M. Nicolas Duranty (de Marseille), une note sur les injections intra-veineuses dans le traitement du choléra.

M. Noël GUENEAU DE MUSSY présente, au nom de M. le docteur Barety (de Nice), une brochure intitulée : *Auscultation des bruits œsophagiens pendant la déglutition,* etc.

M. Jules GUÉRIN, à l'occasion du procès-verbal, revient sur l'incident relatif à la lettre de M. le docteur Bourguet (d'Aix). Des explications échangées entre lui et MM. BROUARDEL et PROUST, il résulte que cette lettre, mêlée par mégarde au dossier des communications relatives au choléra, n'a pu être communiquée à l'Académie et n'a été mentionnée que dans deux journaux : la *Gazette des hôpitaux* et la *Gazette hebdomadaire.*

M. BOUCHARDAT a la parole pour la continuation de son discours sur le choléra.

Il rappelle que, lors de la première invasion du choléra indien à Paris, on le considérait comme absolument contagieux. Cette opinion, M. Bouchardat l'a adoptée dès le principe, et l'a toujours conservée. Chaque maison était pourvue de chlorures désinfectants ou du camphre parasiticide. Quand on dit qu'on pouvait visiter les cholériques, coucher près d'eux sans gagner le mal, la pensée de la contagion s'affaiblit. M. Bouchardat établit que toutes les maladies contagieuses, hormis celles par imitation, sont *déterminées par l'évolution par transformation d'organites normaux, ou par l'invasion du dehors de parasites souvent ultra-microscopiques* (ferments organisés et vivants).

Il a toujours reconnu le choléra indien contagieux pour une maladie déterminée par un ferment morbide.

Les études de M. Koch sur le bacille en virgule sont conduites avec le plus grand soin, mais les conclusions qu'il en déduit sont loin d'être assurées, et M. Virchow a déclaré que la preuve directe que le bacille est le principe actif du contage cholérique fait absolument défaut.

On doit donc être très perplexe pour reconnaître comme démontrée la spécificité cholérigène du bacille en virgule décrit par M. Koch. Si on l'admet, il n'en faudra pas moins rechercher s'il n'existe pas primitivement dans l'économie sous un autre état, et si c'est sous cet état qu'il détermine les profondes modifications et du sang et des organes qu'on observe dans le choléra asiatique.

D'ailleurs, même pour diagnostiquer la maladie, la découverte du bacille en virgule n'a pas d'importance. Enfin les observations médicales recueillies pendant les cinq épidémies de choléra asiatique que Paris a subies nous ont édifiés sur les points les plus importants à notre égard de la vie du micro-organisme spécifique ; en se basant sur ces

observations, on arrive à une hygiène certaine et qui laisse peu de points utiles à éclairer.

Il est un premier fait établi par l'*observation médicale universelle*, c'est que le choléra *contagieux ou parasitaire ne s'est jamais développé spontanément en Europe*. Le parasite y a toujours été transporté du lieu où il a pris naissance. C'est sur cette loi de genèse du micro-organisme spécifique dans une localité déterminée qu'est basé aujourd'hui tout notre système quarantenaire qui, perfectionné et bien appliqué, peut et doit produire pour l'Europe les plus heureux effets de préservation. Une des particularités les plus intéressantes de la vie du parasite du choléra indien, c'est qu'après un temps qu'on parviendra à déterminer par l'observation, il ne se propage plus en Europe, même parmi les plus grandes agglomérations humaines renfermant toujours des individualités prédisposées à son envahissement. On peut admettre que, parti du foyer primitif, il ne se multiplie plus que par scissiparité et qu'il s'éteint quand il est arrivé au dernier terme de cette scissiparité.

Sur cette extinction certaine du parasite, M. Bouchardat établit des prescriptions hygiéniques auxquelles il attache une grande importance.

Il admet comme parfaitement indiquée la désinfection des matelas, des vêtements, des couvertures et de tous objets ayant servi aux cholériques, mais, craignant toujours des imperfections dans le mode de purification dont on ne peut vérifier l'efficacité, il engage à ne mettre de nouveau ces objets en service que quelque temps après l'extinction du parasite dans la ville envahie.

Il serait encore plus sévère pour ne pas laisser de nouveau habiter les garnis encombrés dans lesquels *se seraient développés des foyers intenses*.

Aucune observation n'établit l'efficacité de la désinfection appliquée aux locaux habités par les cholériques. Le danger d'habiter une chambre, une maison où sont décédés un ou plusieurs cholériques, est démontré par les observations concordantes des cinq épidémies qui ont atteint Paris. A moins de nécessité absolue, il ne faut donc habiter de nouveau les chambres infectées que lorsque la maladie est éteinte dans la ville. Une règle hygiénique d'une incontestable utilité est de fuir les foyers intenses créés par l'accumulation des parasites cholériques manifestés par l'intensité de la mortalité. Une autre observation dont l'importance n'est pas moins grande, c'est que le parasite cholérique est surtout redoutable quand on passe les nuits dans un foyer cholérique intense.

L'alcoolisme et l'alimentation insuffisante sont les causes prédisposantes les plus puissantes du choléra. Si le choléra nous revient, ayons des hôpitaux spéciaux, éloignons les non-acclimatés pauvres.

Quant à l'opinion partagée à la fois par MM. Koch et Pasteur, que le mode le plus ordinaire de la transmission du parasite cholérique réside dans l'eau, indispensable à sa vitalité, on en doit douter, à moins d'admettre que ce parasite passe en nous attaquant par une ou plusieurs transformations; sous sa forme la plus nocive, il est alors transmis par l'air.

Pour évoluer hors du corps d'un cholérique etpour que le parasite devienne dangereux, il faut qu'il se modifie. En effet, la mortalité parmi les médecins au cours des épidémies de choléra à Paris, malgré leurs fatigues, n'a pas été plus élevée que la moyenne, tandis que les personnes qui couchaient dans les établissements hospitaliers ont été très frappées. Il n'en est pas de même pour le typhus fever. De même les femmes et les enfants des médecins n'ont pas une mortalité plus élevée en temps de choléra. En somme on ne court aucun danger de contagion en prodiguant les secours médicaux aux cholériques, mais il convient de ne pas passer les heures destinées au sommeil dans un foyer de ce genre.

M. J. Guérin s'étonne que M. Bouchardat prenne pour point de départ des mesures hygiéniques qu'il propose l'existence d'un parasite du choléra; après avoir démontré l'inanité des preuves de l'influence du parasite de Koch, comme agent cholérique, il substitue à ce parasite qu'on voit un autre parasite qu'on ne voit pas.

— M. Maurel donne lecture du résumé d'un mémoire sur les causes qui produisent l'augmentation vespérale de la température physiologique. Ce travail se termine par les conclusions suivantes :

1° On peut à volonté déplacer le maximum de la température nycthémérale et le faire passer du soir au matin et réciproquement ; il suffit pour cela de modifier les conditions d'existence de l'animal ;

2° Ce maximum de température varie de 0,5 à 0,9 ;

3° Trois influences concourent à le produire : les repas, l'éclairage, le mouvement ;

4° De ces trois influences, c'est celle des repas qui est la plus importante ; elle l'est à ce point que même opposée aux deux autres elle n'en conserve pas moins la prépondérance ; elle se traduit par une différence de 0,3 à 0,5 ;

5° L'influence de la lumière est manifeste, mais elle ne se traduit que par 0,2 de différence. Cette influence est complexe, on peut se demander si c'est celle de la lumière ou celle de la chaleur qui l'emporte. L'auteur pense que c'est celle de la lumière ;

6° L'influence du mouvement se traduit également dans les expériences de M. Maurel par 0,2 environ; mais il la croit variable et pense qu'à l'état de pleine liberté elle pourrait dépasser ces faibles proportions ;

7° Les autres influences que l'on pourrait invoquer pour expliquer l'exagération de la température normale ne paraissent jouer qu'un rôle tout à fait secondaire.

— M. Bourgoing communique une note sur la solubilité de l'iodure mercurique dans l'eau et dans l'alcool. En résumé, dit en terminant M. Bourgoing :

1° A la température ordinaire, un litre d'eau dissout environ 0 gr. 04 d'iodure mercurique ;

2° La solubilité est doublée lorsqu'on additionne l'eau de 10 p. cent d'alcool à 90° ;

3° La quantité dissoute augmente avec la température ;

4° Elle est d'autant plus grande dans l'alcool que celui-ci est plus concentré.

M. Dujardin-Beaumetz expose, au nom d'une commission dont il fait partie avec M. Pasteur, les résultats obtenus par différents moyens de désinfection des locaux occupés par des individus atteints de maladies contagieuses.

Les expériences, faites à l'hôpital Cochin, avaient pour but de trouver un désinfectant pénétrant partout sans détériorer les objets placés dans la pièce.

Les résultats ont été les suivants : *le brome*, usité surtout en Allemagne a dû être éloigné comme non pénétrant ; *le sulfate de nitrosine* a le grave inconvénient de dégager des vapeurs d'acide hypoazotique qui, se transformant en acide azotique, détruisent les objets soumis à leur action ; impraticable, *le chlore* est plutôt un procédé de laboratoire et ne peut entrer dans la pratique ; *l'ozone* a dû être repoussé, car les procédés industriels employés actuellement pour son obtention sont insuffisants et trop coûteux ; *l'acide sulfureux* paraît avoir donné les meilleurs résultats ; il est pénétrant et son prix de revient est relativement minime.

Trois sources ont été utilisées pour sa production : la combustion du soufre ; l'acide sulfureux liquide ; la combustion du sulfure de carbone.

1° *Combustion du soufre.* — Un fourneau en terre réfractaire placé sur un plateau est chargé d'un kilogr. de fleur de soufre ; pour obtenir une combustion complète il faut que la surface supérieure soit allumée instantanément. On arrive à ce résultat en l'arrosant avec de l'alcool.

Par cette méthode 20 gr. de fleur de soufre peuvent désinfecter un mètre cube d'air. La culture renfermant le fameux microbe virgule du choléra, et celle du virus vaccin sont stérilisées. Le principal inconvénient est la possibilité d'un incendie.

2° *Acide sulfureux liquide.* — Dans ce procédé on se sert des siphons Raoul Pictet (de Genève). Chaque siphon contient 750 gr. d'acide sulfureux liquide et peut désinfecter 20 mètres cubes. On fait arriver le liquide dans un vase placé au milieu de la chambre au moyen d'un tube communiquant avec l'extérieur par une ouverture pratiquée dans la porte. Les effets produits sont les mêmes que par la méthode précédente, mais le prix élevé des siphons (5 fr. pièce) ne permet pas la vulgarisation de ce procédé.

3° *Combustion du sulfure de carbone.* — Au moyen de la combustion du sulfure de carbone dans une lampe très ingénieuse que M. Dujardin-Beaumetz présente à l'Académie, et composée essentiellement d'une cuve, d'un brûleur communiquant par trois siphons avec l'intérieur de la cuve et d'une mèche plongeant dans le sulfure de carbone, on obtient un dégagement considérable d'acide sulfureux. 2 kilog. 500 de sulfure de carbone suffisent à la désinfection de 100 mètres cubes. Le sulfure de carbone est d'un prix de revient peu élevé (0 fr. 50 le kgr.), mais l'appareil coûte 40 fr. ; c'est là le plus grave inconvénient de ce dernier procédé.

La conclusion de M. Dujardin-Beaumetz est la suivante : c'est que l'acide sulfureux est le meilleur désinfectant connu ; ses propriétés pénétrantes sont incontestables, mais il est sans action sur les virus à l'état sec. Des croûtes de vaccin soumises à son action n'ont pas été attaquées, De nouvelles recherches sont donc nécessaires, et le rapporteur espère pouvoir sous peu en communiquer le résultat à l'Académie.

M. Legouest demande la parole pour revendiquer en faveur de l'armée la priorité des expériences sur l'acid sulfureux comme désinfectant. Depuis longtemps il est employé

dans la désinfection des casernes et des lazarets. Il n'attaque pas les métaux lorsqu'ils ne sont pas mouillés.

M. Leroy de Méricourt demande alors s'il doit être absolument proscrit des navires où il règne une humidité continuelle et où son usage pourrait détériorer les armes qui se trouvent dans le navire.

M. J. Guérin, se plaçant au point de vue clinique, demande si les éléments contagieux sont complètement détruits par l'acide sulfureux.

M. Legouest lui répond dans un sens affirmatif en citant l'exemple de la caserne d'Auch, désinfectée par ce moyen et de nouveau habitée sans que l'ancienne épidémie se manifestât à nouveau *dans un court délai*.

M. Dujardin-Beaumetz répond en disant que ses observations n'ont pas porté sur cette face de la question et que des observations nouvelles sont nécessaires.

La séance est levée à cinq heures.

FORMULAIRE

Mixture stimulante et expectorante. — Farquharson.

Carbonate d'ammoniaque.	2 gr. 40 cent.
Teinture de scille.	8 grammes
Sirop de baume de tolu.	12 —
Infusion de polygala.	210 —

F. s. a. — Une cuillerée à soupe, de quatre en quatre heures, pour faciliter l'expectoration dans le catarrhe des bronches. Eloigner les doses, si la mixture est mal supportée.

N. G.

COURRIER

Dans notre numéro du 30 août, *à propos* de la nomination de Mlle V. Benoît, docteur en médecine, au titre d'officier d'Académie, un de nos collaborateurs a rappelé l'histoire d'nne autre « femme-médecin » dont les aventures ont fait quelque bruit. Il n'entrait en aucune façon dans notre pensée de faire un rapprochement entre l'une et l'autre. Les faits auxquels nous avons fait allusion ne concernent en rien Mlle V. Benoît, dont l'honorabilité au-dessus de tout soupçon nous est connue. La rédaction de l'*Union médicale* ne veut être accusée, à ce propos, d'aucune équivoque désobligeante.

Assistance publique de Paris. — *Avis important*. Aux termes du règlement sur le service de santé, les étudiants en médecine qui désirent prendre part au concours pour les places d'externes sont tenus de produire, indépendamment des autres pièces exigées, un certificat de vaccine.

MM. les candidats sont prévenus qu'à l'avenir, et pour le concours qui doit s'ouvrir le 9 octobre prochain, cette pièce devra être remplacée par un *certificat de vaccination* dûment légalisé et portant une date récente.

Installation d'étuves de désinfection dans les hôpitaux. — Le Conseil municipal a, dans l'une de ses dernières séances, voté l'installation d'étuves à désinfection dans les huit hôpitaux suivants qui en avaient été jusqu'à présent dépourvus : l'Hôtel-Dieu, la Pitié, la Charité, Cochin, Beaujon, Lariboisière, les Mariniers et la Clinique d'accouchements.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs

Sommaire

Le pouls lent bulbaire.

I

On sait que le pouls peut tomber sensiblement au-dessous de la moyenne, 60 pulsations à la minute, sans cesser pour cela d'être physiologique.

« Des observations répétées, dit Chomel, m'ont prouvé que la proportion des sujets adultes, chez lesquels le nombre des battements artériels est au-dessous de 60 et même de 50 par minute, est plus grande qu'on ne le croit généralement. On a vu quelques personnes dont les artères n'offraient dans l'état de santé que 40, et même 36 pulsations..... (1). »

Il en est un exemple bien connu : le pouls de Napoléon Ier ne donnait, assure-t-on, que 45 pulsations à la minute.

Toutefois, ce sont là des faits assez exceptionnels pour qu'on soit plutôt autorisé, en thèse générale, à reconnaître à l'infréquence du pouls une signification pathologique.

C'est ainsi qu'on l'observe dans la convalescence d'un grand nombre de maladies aiguës, de la fièvre typhoïde, du rhumatisme articulaire aigu, de la variole, des oreillons, etc....

Blot l'a signalé le premier dans les suites de couches; oscillant en moyenne de 44 à 60 pulsations, il l'a vu trois fois tomber à 35 par minute. Ce ralentissement, qui dure de quelques heures à quinze jours, a été rapporté par Lorain, suivant la loi de Marey, à l'excès de tension qui résulte de la masse de sang restituée à la circulation générale par le retrait de l'utérus. Cette explication toute dynamique (2), dont le point de départ est la constatation d'un fait des plus problématiques, l'exagération de

(1) *Eléments de pathologie générale*, 1863, p. 245.
(2) Olshausen, qui confirme les recherches de Blot, invoque la présence de la graisse en excès dans le sang. (*Centralbl. für Gynækolog.*, 1881, V, 3.)

FEUILLETON

CAUSERIES

Sommaire : *L'affollement de la peur et la superstition chez les paysans. — Le médecin de Cucugnan, qui ressuscite les morts. — Quel est le meilleur amour? — Rôle joué par un médecin dans l'assainissement de la Sologne. — L'homme est un animal superstitieux. — L'intelligence du chat.*

Tous nos lecteurs ont appris combien la peur du choléra avait affolé les populations des environs de Naples, et comment un de nos confrères italiens avait été la victime des terreurs de ses clients, qui l'accusaient de propager le fléau. Payer de sa vie le désir de rendre service à l'humanité est un malheur dont il n'est pas rare de trouver des exemples dans l'histoire de notre profession; mais, ce qui doit nous étonner, c'est d'en rencontrer encore à notre époque, dans un pays qui passe pour civilisé et dont la civilisation est bien plus ancienne que la nôtre. Mais la peur ne raisonne pas, et, dans la dernière grande épidémie de choléra qui a sévi en France, en 1865, les environs de Nevers ont failli être témoins d'un de ces drames qu'elle a fréquemment provoqués lors de la première apparition de la maladie en 1830.

En 1865 donc, j'étais allé aider un de mes amis, installé depuis peu dans un gros village des environs de Nevers, région fortement éprouvée par le choléra. Dans un petit hameau du voisinage, je trouvai toute la partie masculine de la population en armes;

la tension sanguine chez les accouchées, ne saurait en tout cas être invoquée dans la pathogénie du pouls lent des convalescents, toujours associé à une faible tension.

Elle néglige, en effet, un élément dont les faits qui font plus particulièrement l'objet de cette étude permettent d'apprécier l'importance : elle méconnaît l'influence prépondérante du système nerveux, qui apparaît déjà manifestement dans le pouls lent, dès longtemps signalé, de la méningite aiguë, des tumeurs cérébrales, de la commotion cérébrale, et qui domine toute la pathogénie de ce pouls lent qu'on pourrait appeler idiopathique, en tant que première manifestation de troubles nerveux particuliers d'une excessive gravité, et qui va nous occuper à ce titre.

Il existe, en effet, un assez grand nombre d'observations dans lesquelles un pouls remarquablement lent, abaissé au-dessous de 40, 30, 20 et même 10 pulsations, se trouve presque inévitablement associé à des accidents de syncope, à des attaques épileptoïdes, et comporte le plus grave pronostic.

Ces faits, signalés par Charcot dans ses *Leçons sur le système nerveux*, ont été de nouveau étudiées par un de ses élèves dans une thèse remarquable soutenue sous ce titre : *Etude clinique sur le pouls lent permanent avec attaques syncopales et épileptiformes* (1). Des réserves sont à faire, toutefois, sur ce qualificatif de *permanent* qui dépasse certainement la pensée de l'auteur, préoccupé d'opposer au pouls lent et toujours transitoire des convalescents et des ictériques, par exemple, le caractère de fixité, de constance seulement relative du pouls qu'il étudie. Les exemples ne manquent pas, en effet, d'un pouls abaissé à des limites qu'on croirait à peine compatibles avec l'existence, se relevant jusqu'à la normale dans l'intervalle des attaques syncopales et épileptoïdes. Il s'agit donc bien encore d'un pouls transitoire que l'évolution ultérieure de la maladie ne ramène pas nécessairement ; c'est par un tout autre caractère qu'il doit être qualifié.

Blondeau a rapporté 17 observations de pouls lent empruntées à la littérature médicale ou recueillies à la clinique de la Salpêtrière, desquelles il déduit un certain nombre de conclusions étiologiques, pathogéniques et pronostiques que nous aurons à examiner.

(1) Thèse de Paris, 1879.

---

les chassepots ne pouvaient partir seuls, pour l'excellente raison qu'il n'y en avait pas mais l'un avait une fourche, l'autre une faux, quelques vieux fusils servant le plus souvent à braconner se voyaient çà et là dans les encoignures des portes. L'arrivée d'un inconnu mit tout ce monde en mouvement et on commença à me regarder avec inquiétude et défiance ; je déclinai mes titre et qualité, mais la voiture et le cheval de mon ami, déjà connus des paysans, firent plus pour rassurer tout le monde que mes discours. Je m'informai bien entendu de ce déploiement surprenant de forces. Quelques jours avant l'invasion du choléra dans ce pays, un colporteur était passé, portant sur le dos une boîte contenant divers articles de mercerie, des bijoux, etc. Il n'avait pas l'air d'un chrétien, disaient les bonnes femmes ; il *jargonnait* le français, était noir de peau et de cheveux, et surtout avait deux yeux !... Bien sûr c'était lui qui avait apporté la maladie dans sa boîte. Aussi, on veillait ; toute la journée, on attendait son passage ; chaque inconnu arrivant au village était arrêté et interrogé ; la nuit, les possesseurs de fusils se mettaient à l'affût, et si le malheureux colporteur avait eu la mauvaise chance de revenir dans ce village, nul doute qu'il n'eût subi le triste sort de notre confrère italien. Heureusement pour lui, il ne revint pas.

*
* *

Cet esprit par trop crédule de nos paysans a servi de thème à un charmant auteur provençal, bien qu'il écrive en bon français, et qui signe Romanille, pour raconter comment un de nos confrères a pu se créer une clientèle en province.

Installé depuis plusieurs années à Cucugnan, notre confrère, entouré de rebouteurs

Cette même question a été postérieurement reprise et résolue dans le même sens, avec quelques différences de détail, par M. Truffet, dans sa thèse : *Etude physiologique et pathologique sur le ralentissement du pouls* (1), où figurent 17 observations qui ne se rapportent pas toutes à des faits du même ordre, dont quelques-unes font double emploi avec celles de Blondeau et 9 sont originales.

Ce dossier se complète d'un travail de Stackler (2), d'un fait de la *Gazette des hôpitaux* (3), d'une observation de Choppet (4), d'une autre du professeur R. Lépine (5), d'une intéressante discussion à la Société de médecine de Lyon (6); à l'étranger, des observations de Mirvart (7) et de Boyce (8); enfin, d'un important mémoire en cours de publication du professeur R. Tripier : *Des déviations du rhythme cardiaque associées à l'épilepsie et à la syncope* (9), où l'auteur, pénétrant plus avant que ses prédécesseurs dans l'analyse des phénomènes d'auscultation cardiaque associés au pouls lent, en éclaire la pathogénie d'une donnée nouvelle.

II

Chez des personnes ayant dépassé l'âge moyen de la vie, le pouls s'est montré, à un premier examen, battre avec une lenteur excessive. La transition du pouls physiologique au pouls ralenti n'a pas été saisie. Le chiffre de 30 pulsations à la minute est la moyenne de cette infréquence. Cependant on l'a vu tomber à 16 (Rotureau), à 14 (Teissier, Boyce), à 12 (R. Tripier), et même à 10 (Portal). Il existe, mais non constamment, un certain degré de dyspnée ; bien loin d'offrir un ralentissement parallèle, le nombre des mouvements respiratoires se trouve souvent augmenté (Boyce).

(1) Thèse de Lyon, 1881.
(2) *Revue de médecine*, 1882, p. 405. *Pathologie du pneumo-gastrique*.
(3) *Gazette des hôpitaux* 2 août 1883.
(4) *Lyon médical*, 1883, II, p. 307.
(5) *Lyon médical*, 1884, I, p. 347.
(6) *Lyon médical*, 1883, II, p. 324.
(7) *The Lancet*, 1884, I, p. 896.
(8) *The British medical J.*, 1884, I, p. 455.
(9) *Revue de médecine*, 1884, p, 79 et 231.

---

et de bonnes femmes, n'avait même pas la ressource des consultations gratuites pour se faire connaître. Ses compétiteurs lui avaient jeté un sort et avaient menacé des plus grands malheurs tous ceux qui oseraient avoir recours à ses soins. Il n'avait donc plus qu'à mourir de faim ou à transporter ses dieux lares dans une contrée plus hospitalière et plus éclairée, lorsque l'idée lui vint de combattre ses adversaires pas leurs propres armes, en agissant sur la crédulité de ses futurs clients.

Un beau jour, il fait annoncer à son de tambour qu'il se rendra tel jour et telle heure dans le cimetière du village, et que là, il ressuscitera tel mort qu'on voudra. Grand émoi, comme bien on pense. Au jour dit, malgré les défenses des rebouteurs, tous les villageois étaient venus de plusieurs lieues à la ronde dans le cimetière pour voir ressusciter le mort. Notre confrère, à l'heure dite, arrive en grande tenue, cravate blanche, etc.; grave, recueilli, comme il convient à un vrai médecin qui va accomplir une opération importante... dont dépend son avenir.

— Qui voulez-vous que je ressuscite? demande-t-il.

Personne ne dit mot, mais chacun à l'air anxieux et inquiet.

— Puisque vous ne voulez pas choisir, dit-il, je vais ressusciter Mathurine, la femme à Mathurin. Et il s'avance avec fermeté et conviction vers la tombe de Mathurine.

Mathurin s'élance, et, dès que le docteur lève le bras, il se précipite et l'arrête.

— Mathurine est morte depuis longtemps, s'écrie-t-il, et je suis remarié! Bien sûr je serais content de la revoir, mais que dirait la pauvre défunte d'en voir une autre à sa place? Il vaut mieux, pour elle, qu'elle reste où elle est.

— Eh bien, je vais ressusciter votre fils Jacques, qui était un si beau gars, tout le portrait de Mathurine; il vous la rappellera,

L'attention n'a été que rarement portée sur l'état de la température ; c'est une lacune de la question. Handfield Jones l'a cependant vu descendre à 35°, et se maintenir le plus souvent entre 36 et 37° ; une observation de Bourneville mentionne également un certain degré d'hypothermie.

L'auscultation du cœur a donné des résultats contradictoires. Négative dans plus de la moitié des observations de Blondeau, révélant des palpitations essentielles dans un quart, elle ne relève, pour le reste des cas, que des lésions organiques insignifiantes, essentiellement sous la dépendance d'un état graisseux du cœur.

Chez le malade de Lasègue, il existait un léger souffle de la pointe au premier temps. B. Teissier et Cornil percevaient un dédoublement du deuxième bruit, Bondet et Bardun dédoublement du premier bruit, Sorbet un bruit de redoublement à la pointe de l'organe, et Mirvart un double bruit systolique, à la pointe et au foyer aortique, celui-ci plus faible.

En somme, aucun signe positif de lésions valvulaires caractérisées, et sur ce point, R. Tripier qui trouve, chez sa malade, dyspeptique, un souffle systolique doux avec maximum dans les deuxième et troisième espaces intercostaux gauches, près du sternum, accepte ce résultat. Sa découverte est d'un autre ordre.

Auscultant son premier malade, il constate à la pointe des battements isochrones au pouls, 16, 18 pulsations par minute. Mais en dedans du mamelon se trouve un foyer de battements beaucoup plus fréquents, 84 à la minute. Le doigt sur les vaisseaux du cou, il perçoit superficiellement un nombre de pulsations exactement correspondant à ce dernier chiffre, et profondément, le pouls ralenti donné par la radiale.

Chez sa seconde malade, à un pouls de 44 correspondent en réalité 88 battements cardiaques. Une première révolution fait percevoir le bruit systolique et le bruit diastolique normaux. Celle qui suit est représentée par deux bruits moins forts et plus courts et ne se traduit au doigt appliqué sur la radiale ou sur la carotide par aucune pulsation appréciable ; le tracé sphygmographique ne l'enregistre pas. Il s'agit donc d'une forme particulière d'arythmie, d'un *rhythme couplé* du cœur. Une autre remarque d'importance, c'est que le pouls veineux jugulaire est seul à donner le nombre réel des battements du cœur.

Reprenant les observations de ses devanciers, R. Tripier montre qu'un

---

— Ah! Monsieur, voyez quel embarras, j'en ai eu un autre depuis pour le remplacer; comment faire pour nourrir l'autre? Je n'sommes point riche! le pauvre enfant pâtirait; il vaut mieux le laisser où il est, dans le paradis avec les anges, où il ne manque de rien.

A quoi bon continuer le récit des propositions que notre malin confrère fit aux autres paysans, et des échappatoires que ceux-ci inventèrent pour ne pas voir revenir *leur cher défunt!* Tous refusèrent, et notre confrère, qui les connaissait bien, en était sûr d'avance. Mais il n'en passa pas moins à l'avenir pour posséder le pouvoir de ressusciter les morts, s'il voulait, et, de crainte qu'il ne voulût, les paysans l'accablèrent de prévenances et de consultations. C'est ainsi que la clientèle vint au médecin de Cucugnan.

*
* *

La donnée développée par Romanille n'est pas nouvelle. M. Alexandre Dumas, dans un court roman intitulé le docteur Servans, a raconté aussi qu'un médecin avait prétendu posséder le même pouvoir de ressusciter les morts ; non toutefois pour se créer une clientèle, car il était arrivé à la fin de sa carrière, mais pour expérimenter quel genre d'amour était le plus fort et le plus sincère : l'amour d'un fiancé pour sa fiancée, d'un fils pour son père, d'un mari pour sa femme, d'une mère pour sa fille. Il commença donc par convaincre sa clientèle de sa puissance, en prenant un fort narcotique qui le fit passer pour mort pendant quarante-huit heures, et en ressuscitant lorsque l'effet de la drogue eut cessé. Puis, la fiancée, le père, la femme, et la fille étant morts, il offrit au fiancé, au fils, au mari et à la mère de faire revivre l'objet de leur affection.

certain nombre signalent explicitement les mêmes faits. Ici Stokes mentionne des contractions imparfaites du cœur et des pulsations jugulaires en nombre plus que double des contractions ventriculaires manifestes. Là, Thornton fait remarquer que le tracé du pouls montre une pulsation avortée. Blondeau écrit : les veines ont l'air de battre trois ou quatre fois pendant une pulsation.

Dans une autre série d'observations où l'auscultation n'a été pratiquée que sommairement, certains détails donnent à penser qu'on s'est trouvé en présence de phénomènes du même ordre. Enfin, d'autres, absolument muettes, ne permettent aucune induction.

La publication du mémoire de M. Tripier n'étant pas terminée, ses conclusions ne peuvent être que pressenties ; pour lui, la plupart des faits de pouls lent, sinon tous, dépendent de fausses intermittences du cœur, et résultent de pulsations avortées.

Le nombre relativement grand d'observations dans lesquelles l'examen le plus compétent n'a révélé rien de semblable, ne nous permet pas d'accepter cette proposition ainsi généralisée ; mais nous ne doutons pas que l'auscultation plus attentive de la région précordiale, l'exploration du pouls jugulaire et l'examen des tracés cardiographiques, seuls capables de déceler les battements incomplets, inaccessibles à l'auscultation, ne multiplient les exemples confirmatifs de cette ingénieuse théorie. Le fait récent de R. Lépine est tout à l'appui de ce pronostic.

Revenons au tableau symptomatique interrompu par cette digression de physiologie pathologique.

Quelquefois, le pouls ainsi ralenti est à lui seul toute la maladie ; ou plutôt, n'étant accompagné d'aucun symptôme subjectif importun, il est devenu une habitude physiologique de l'économie. L'observation de Rendu, celle d'Icard, sont de ce genre. Dans le fait de Rendu, contrairement aux lois posées par Graves, la position n'avait aucune influence sur la fréquence du pouls, qui battait imperturbablement 41, 42 pulsations. De même chez le malade de Laure, une course ne faisait monter le pouls à 38 que de 2 ou 3 pulsations ; une fois même, le résultat fut une chute de 32 à 26 pulsations.

B. Teissier signale une dame qu'il connaît depuis quarante ans avec un pouls habituel de 38° ; dans l'état de fièvre, il monte à 50. Le malade de Som-

---

Le fiancé refusa, parce que son mariage contrariait les vues de sa famille, qui avait désiré et trouvé pour lui un objet plus riche ; le fils, qui héritait d'une grosse fortune par la mort de son père, n'accepta pas davantage ; le mari accepta, mais parce que sa femme était morte sans avoir fait un testament qui devait le mettre en possession de tous ses biens, raison immorale sur laquelle s'appuya le docteur pour laisser les choses en l'état ; seule la pauvre mère accepta avec joie la proposition qui lui fut faite. Le docteur ne pouvait réaliser sa promesse, mais sachant que c'est l'espérance qui fait vivre, il prolongea l'espoir de la mère pendant plusieurs mois, avant de s'avouer impuissant. Son expérience était du moins concluante sur ce point : que le véritable amour est l'amour maternel. Il est vrai que le docteur Servans était un vieux célibataire endurci, ce qui peut permettre de conserver quelques doutes sur le bien fondé de ses conclusions.

*
* *

Parmi les médecins qui ont le plus fait pour détruire les superstitions qui règnent chez les paysans et pour améliorer le sort de ceux-ci, j'aime à citer un de nos confrères mort il y a quelques années, après 47 ans d'exercice en pleine Sologne, à Bracieux, près de Chambord. C'est le docteur Delthil, père de notre sympathique confrère de Nogent-sur-Marne. On sait quelle triste réputation la Sologne avait jusque dans ces dernières années ; je me figurais ce pays comme un amas de marais, peuplé d'habitants rongés par la fièvre, en un mot comme une partie de l'enfer dont le Dante aurait oublié de nous donner la description. Tel était en effet ce pays, au moment où le docteur Delthil y est arrivé il y a plus de cinquante ans. C'était le premier médecin qui y vînt

merville n'a eu que temporairement un pouls très lent et irrégulier, sans lésion apparente.

Toutefois cette innocuité est l'exception. Une autre malade de B. Teissier, vivant depuis cinq à six ans avec un pouls à 32, est atteinte d'une néphrite interstitielle avec bruit de galop. Girin vit un de ses malades, dont le pouls était tombé à 30 sous l'influence de causes morales, emporté par une congestion pulmonaire. Un deuxième, qui n'a pas été suivi, avec un pouls à 14, avait des crises de dyspnée ; un troisième, pouls 38-40, avait des angoisses passagères, qui ont complètement disparu. Enfin une quatrième malade, atteinte de bronchite, garda pendant des années le pouls à 40, pour mourir assez rapidement de symptômes cérébraux, sans doute de l'ordre de ces graves accidents qu'il nous reste à décrire.

Le plus souvent, en effet, ces malades sont sujets à des vertiges, à des absences analogues au petit mal, à des attaques syncopales suivies de convulsions épileptiformes ; accès qui ne sont la plupart du temps précédés d'aucune aura manifeste et pendant lesquels la langue n'est jamais mordue. Dans les cas très graves, ils vont jusqu'à se reproduire plusieurs fois par jour; mais on les trouve communément séparés par des semaines, des mois et même des années d'intervalle.

Au moment des crises, le pouls tombe encore ; on l'a vu manquer complètement pendant 15 secondes (Boyce) ; plus le ralentissement s'accentue, plus les crises se rapprochent.

Plusieurs malades ont signalé nettement que les pertes de connaissance survenaient surtout quand ils penchaient la tête en avant (R. Lépine-Mirvart), ou à jeun, et s'annonçaient par des nausées suivies ou non de vomissements.

La face est cyanosée, ou au contraire très pâle ; la pupille dilatée. On a observé la tache méningitique de Trousseau (Boyce). Aux mouvements cloniques plus ou moins violents succèdent la prostration ou le coma. L'inconscience est complète pendant toute la durée de l'attaque. Le malade se réveille comme d'un profond sommeil, avec de la fatigue et de l'abattement.

L'*âge* moyen des malades est de 55 à 60 ans. Au-dessous de 40 ans, on

---

chercher fortune, et s'il ne l'y trouva pas, il eut du moins le mérite et la joie de rendre d'immenses services à ses nouveaux compatriotes. Comprenant que son rôle ne se bornait pas à soigner les malades, mais devait s'étendre jusqu'à prévenir le retour de la maladie, il s'efforça de chasser de l'esprit des *Solognots* les idées de routine qui y étaient ancrées depuis des siècles, et d'y faire pénétrer le désir d'assainir leur sol et d'améliorer leur hygiène.

Le problème était simple, mais ce ne fut pas néanmoins sans peine qu'il fut résolu. Il s'agissait de dessécher un sol trop humide et de remplacer dans l'alimentation les eaux crues, dépourvues de phosphates, par des substances qui en continssent en quantité suffisante. On remédia à l'humidité du sol par le drainage et le boisement, et à l'absence de phosphates par les plantations de vignes qui permirent à l'habitant de la Sologne de boire du vin, et un vin riche en tartrates ; le desséchement et les plantations d'arbres chassèrent peu à peu la fièvre intermittente, le vin modifia la constitution du *Solognot*, et à tel point qu'on peut apprécier cette modification par une augmentation de la taille à laquelle ont contribué certainement pour une bonne part la disparition de la fièvre, les conditions de bien-être produites par des habitations plus saines, une hygiène meilleure, etc.

Mais que de luttes avant d'arriver à ce résultat ! luttes contre l'ignorance, contre la routine, contre les faux médecins dont ces nouvelles idées dérangeaient les habitudes ; peut-être M. Delthil père eût-il succombé s'il eût été seul dans ce combat ; mais d'autres médecins, comme M. Burdel (de Vierzon), des villageois convertis à ses idées et qui les propagèrent, et plus que tout cela peut-être, les résultats pécuniaires donnés par les plantations d'arbres et de vignes, l'aidèrent à accomplir la tâche qu'il eut un des pre-

n'observe guère la triade symptomatique complète : pouls lent, syncope, attaque épileptiforme (1).

M. Blondeau comptait, sur 17 sujets, 11 hommes et 6 femmes. Cette proportion se trouve confirmée par les faits publiés postérieurement : les *hommes* sont deux fois plus atteints que les femmes.

La *durée* est ordinairement longue ; la survie est de plusieurs années. Elle a été exceptionnellement de treize ans chez un malade de la Salpêtrière, tandis que le malade de C. Boyce est mort trois jours après le premier accès.

Le *pronostic* est grave : la mort a été observée dans les deux tiers des cas. Elle est survenue le plus souvent d'une façon foudroyante, plus rarement à la suite d'une sorte d'état cachectique sans lésion. On n'a que des présomptions en faveur de la guérison, chez des malades perdus de vue après une amélioration obtenue à la suite de l'emploi du bromure de potassium.

Dans l'*étiologie* se placent au premier rang l'âge, l'alcoolisme, la syphilis, les passions tristes, peut-être la goutte. On voit figurer dans les antécédents pathologiques non diathésiques des malades, les affections les plus diverses : la pneumonie, la bronchite, la fièvre intermittente, l'hémiplégie, l'hémiplégie avec aphasie, l'éclampsie (chez une femme grosse), une violente indigestion.

III

Si nous examinons maintenant quel peut être le siège commun à assigner aux lésions commandant le complexus symptomatique très individuel dont nous venons d'esquisser les traits, il est de notion élémentaire que le bulbe, résumant seul l'ensemble des activités physiologiques dont on constate ici la perversion, est seul à incriminer; et dans le bulbe plus particulièrement, les régions d'origine du nerf modérateur du cœur, le pneumogastrique. Le ralentissement du pouls, la dyspnée, les vertiges, les troubles de calorification, les accès épileptoïdes, etc., imposent une telle conclusion.

L'anatomie pathologique n'a pas encore établi la notion précise de cette lésion; elle est cependant en possession de données de valeur qui ne

(1) Rapprocher de cette prédisposition de l'âge les expériences d'Otto Soltmann, d'après lequel les actions d'arrêt s'obtiennent difficilement dans le jeune âge et réclament alors des courants très forts.

---

miers l'honneur d'entreprendre. Aujourd'hui la Sologne est un pays très habitable, et les touristes, qui n'ont plus la fièvre à craindre, peuvent aller visiter impunément cette jolie contrée. *Experto crede Roberto.*

*
* *

M. Fr. Sarcey a consacré une de ses dernières chroniques à combattre aussi les superstitions, et entre autres, celles qui s'opposent à la crémation, et celles qui accordent une si funeste influence au nombre 13. Il termine par cette sentence : « L'homme est un animal superstitieux. » J'en suis bien convaincu, puisque je viens d'en citer maintes autres preuves. Aussi je ne veux pas m'appesantir davantage sur ce sujet, et je vais quitter la superstition de l'homme, qui le rend inférieur à l'animal, pour parler de l'intelligence de l'animal, qui rend celui-ci bien supérieur à certains hommes.

Quand je dis : je vais parler, c'est une façon de parler, car je n'ai écrit la phrase précédente que pour en faire une transition habile, et arriver ainsi à reproduire l'anecdote suivante, que je trouve dans la *Revue scientifique*, sur l'intelligence du chat.

« C'était en 1874, dit l'auteur, M. Emile Bouant, j'habitais alors Périgueux. Un matin, mon chat fit irruption dans ma chambre à coucher, tenant dans sa gueule un moineau happé dans le voisinage. A peine entré, il lâche le pauvre oiseau, dans l'intention bien évidente de s'en amuser, suivant que les chats en usent d'ordinaire avec les souris avant de les croquer. Le moineau, qui avait une une aile coupée, ne pouvait songer à fuir ; il tient bravement tête à l'ennemi et le frappe à grands coups de bec sur le nez. Tout aussitôt le chat vit à qui il avait affaire, et battit en retraite.

Depuis ce moment, les deux bêtes, ne songeant plus à leurs instincts respectifs, vécu-

laissent aucun doute sur la localisation. Ainsi, R. Lépine a trouvé, à l'autopsie, un trou vertébral rétréci avec saillie notable de l'apophyse basilaire ayant comprimé et affaissé dans leur moitié droite la protubérance et le bulbe, d'où résultait une asymétrie considérable du mésocéphale.

Chez le ci-devant marquis dont Portal fit l'autopsie, on trouva « une induration de la moelle cervicale ».

Il existe, de plus, un certain nombre d'observations de traumatismes de la colonne cervicale supérieure, ayant donné lieu au pouls lent et à son cortège symptomatique plus ou moins atténué.

Dans ces faits dus à Rosenthal, Hutchinson, Halberton, etc., la moelle s'était trouvée atteinte par des traumatismes au niveau des cinquième, sixième, septième vertèbres cervicales, et du trou occipital même. Le malade de Rosenthal avait reçu un coup de couteau au niveau de la sixième vertèbre cervicale; son pouls, pendant quatre semaines, varia de 48 à 56 pulsations. Il y avait en même temps de l'hémiplégie et de la dilatation des deux pupilles.

Le gentleman observé par Halberton avait fait une chute de cheval dans laquelle la tête avait été violemment fléchie, le menton appuyant sur le sternum. Il lui était resté une certaine difficulté à mouvoir la tête, et, deux ans après seulement, il commença à être sujet à des syncopes, devenant de plus en plus fréquentes, pendant lesquelles le pouls tombait à 20, 15, 12, 9, 8 pulsations par minute. A trois ou quatre reprises, le malade ayant toute sa connaissance, sans accès, Halberton compta 7 et 5 pulsations par minute. Il mourut subitement à table. A l'autopsie, on trouvait un tel rétrécissement du trou occipital dans son diamètre antéro-postérieur, qu'il ne pouvait même pas admettre l'extrémité du petit doigt. Cette déformation était causée par le déplacement de l'apophyse odontoïde, qui semblait avoir été repoussée en arrière et élevée au-dessus de son niveau normal.

Ainsi, nous sommes bien autorisés, par ces arguments tirés de la clinique, de la physiologie et de l'anatomie pathologique, à placer dans le bulbe le point de départ de la lésion qui commande, par elle-même, par ses relations de voisinage ou ses associations sympathiques, ce trépied pathologique : pouls lent, syncopes, accès épileptoïdes.

Le pouls lent *bulbaire*, dans sa signification diagnostique et pronostique si précise, mérite donc d'être distingué de ce pouls ralenti du cortège

---

rent en bonne intelligence. Ce fut bientôt une amitié fraternelle. Ils mangeaient, dormaient, se promenaient côte à côte. Fréquemment ils parcouraient la maison, le moineau juché sur le dos du chat, ou bien encore le chat tenant le moineau dans sa gueule et le lâchant à la première réquisition. Est-il besoin de le dire ? Le tyran était le plus faible. Le chat ne pouvait toucher à sa soupe avant que l'oiseau eût prélevé sa portion.

« Beaucoup de mes amis vinrent s'amuser de la contemplation de ce singulier spectacle.

« Mais tout a une fin. Un matin, l'oiseau voyant la fenêtre ouverte et sentant ses ailes repoussées, prit la clef des champs. Je dois à la vérité d'ajouter que le chat n'en mourut pas de chagrin. »

Je connais un petit enfant qui a bien pleuré pour une perte semblable. C'est ici que l'homme retrouve toute sa supériorité sur l'animal ; l'instinct ne remplacera jamais notre sensibilité, et je ne sache pas qu'on ait jamais vu pleurer les chats. Mais il n'y a vraiment pas de quoi les fouetter.

SIMPLISSIME.

VIN PHOSPHATÉ. — Dujardin-Beaumetz.

Phosphate de soude.	6 grammes
Phosphate de potasse.	3 —
Vin de Bagnols.	200 —
Sirop d'écorces d'oranges.	60 —

Faites dissoudre. — Un verre à liqueur à la fin de chaque repas, à titre de tonique reconstituant, aux tuberculeux constipés qui ne peuvent supporter l'usage du quinquina ;

éventuel de la convalescence, de l'état puerpéral, de l'ictère, etc...., dans la pathologie duquel cependant doivent intervenir, mais secondairement, des troubles circulatoires passagers de cette même région bulbaire. Dans l'angine de poitrine, le ralentissement du pouls, qui n'a rien de constant, est une conséquence de l'irritation périphérique du pneumogastrique, sans répercussion centrale. On a cependant des faits d'irritation périphérique du nerf vague, déterminant par atteinte réflexe du bulbe la série ordinaire des phénomènes associés au pouls lent. Ainsi, chez le malade de Stackler, dont le pouls battait 28 fois à la minute, qui éprouvait des crises épileptiformes et syncopales, de la dyspnée et des vomissements, on trouva, à l'autopsie, une dilatation de la crosse de l'aorte comprimant et congestionnant le tronc du pneumogastrique. Il n'en est pas moins vrai que l'angine de poitrine comporte exceptionnellement une telle complication.

Quant au pouls lent des cardiopathies, sur lequel Stokes a surtout attiré l'attention, on ne peut qu'être frappé de sa grande rareté, au milieu de la fréquence extrême des affections organiques du cœur, alors même que semblent se trouver réunies les plus graves causes de perturbation de l'activité physiologique de l'organe. Le pouls ralenti ne traduit qu'exceptionnellement la détresse cardiaque, et, lorsqu'il le fait, on a le droit de se demander si ce n'est pas secondairement. L'absence ou l'insignifiance des lésions cardiaques chez nos malades ne permet pas, d'autre part, de contester au syndrome bulbaire son caractère primitif et son entière autonomie.

R. LONGUET.

Association française pour l'avancement des sciences.

XIIIe SESSION — CONGRÈS DE BLOIS.

Blois, 8 septembre 1884.

Mon cher Directeur,

Pressé par le temps, par l'heure de la poste, comme on dit, je crains d'avoir un peu trop écourté les beaux discours qui ont été prononcés jeudi à la séance d'ouverture du Congrès et de n'en avoir donné à nos lecteurs qu'une idée imparfaite. Heureusement la *Revue scientifique*, qui, grâce à ses nombreuses colonnes et surtout au dévouement de son jeune et sympathique directeur pour tout ce qui touche aux intérêts de la science, a toujours la primeur de ces sortes de choses, a pu donner dès le lendemain tous ces discours *in extenso*, et tous ceux qui l'ont voulu ont pu déjà les lire ; je m'en félicite le premier, puisque de cette façon ma faute sera réparée.

Je laisse de côté aujourd'hui ce qui s'est passé dans les séances générales, dans les visites industrielles et dans les excursions du Congrès, pour vous donner tout de suite un aperçu des travaux de la section des sciences médicales.

Le programme publié avant le Congrès faisait craindre que cette année notre section n'eût été un peu paresseuse, car un petit nombre de travaux seulement y étaient annoncés; mais cette supposition était toute gratuite et, pour notre section sinon pour les autres, le congrès de Blois aura été un des plus suivis. De Paris sont venus déjà MM. Ollivier, Rochard, Hayem, Dujardin-Beaumetz, Potain, Verneuil, Nicaise, Gallard, A. Voisin, Lunier, François-Franck, etc.; la province avait envoyé MM. Leudet, (de Rouen), Henrot et Decès (de Reims), J. Tessier et Delore (de Lyon), Testut et Demons (de Bordeaux), Bernheim (de Nancy), Duboué (de Pau), Duplouy (de Rochefort), Drouineau (de la Rochelle), Caubet (de Toulouse), Motais (d'Angers), etc.

La séance de vendredi a commencé par une lecture de M. Chaumier sur la nature épidémique et contagieuse de la pneumonie franche. Ce mémoire est un travail très complet sur l'état actuel de la question. Il était particulièrement intéressant, parce que l'auteur a rapporté à l'appui de la théorie contagieuse de la pneumonie un certain nombre d'épidémies locales, survenues dans la région où il exerce (Grand-Pressigny et environs), et étudiées pendant plusieurs années de suite. C'est un travail considérable, dont les cas sont résumés en tableaux, et qui fait le plus grand honneur à notre confrère de province.

Un travail de M. le docteur Morice, sur quelques applications de la méthode hypodermique, a soulevé des critiques assez vives de la part de MM. Mallez et Launois. M. Morice a présenté la méthode comme moyen rapide et efficace de curation de certaines affections : pour l'effet local, révulsif ou caustique, les névralgies, les synovites, le can-

cer, etc.; pour l'effet à distance, à l'aide de l'ergotine par exemple, les paralysies de la vessie; pour l'effet général, les injections d'éther contre l'épuisement par hémorrhagie ou autres.

Parmi les agents à effet local, il citait les peptonates, employés avec plus ou moins de succès contre le cancer. M. Mallez a fait remarquer que pour faire un peptonate il fallait un acide peptonique ou peptique, et que cet acide n'existait pas, ce qui compromettait fortement l'existence des peptonates, substances dont on ne connaît guère encore la nature réelle. D'autre part, dire que les injections d'ergotine guérissent les paralysies de la vessie, sans distinguer celles qui dépendent d'une altération des centres nerveux de celles qui tiennent à une distension passagère de l'organe, c'est établir une confusion qu'il importe d'éviter, et que M. Morice avait commise d'abord, mais qu'il se hâta de rectifier.

De son côté, M. Launois fit à l'orateur quelques objections sur la manière dont il pratiquait les injections, trop superficielles à la vérité, puisqu'il se contentait de pénétrer dans le derme, ce qui expose à la gangrène de la peau et, pour les injections d'éther en particulier, provoque de vives douleurs.

M. Aug. Ollivier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, lut ensuite un mémoire que je vous propose d'insérer en entier dans l'*Union*, sur la pathogénie de l'angine herpétique dont il fait un zona d'une des branches du trijumeau, survenant sous l'influence du froid.

Cette étiologie, appliquée au zona en général, a paru excessive à M. Leudet, qui a soutenu que le zona était le symptôme d'une foule de maladies, affections nerveuses diverses, spontanées ou traumatiques, affections toxiques, zona à distance. Il y a des zonas chroniques qui durent des années et s'accompagnent de douleurs très vives chez les rhumatisants. M. Verneuil est encore moins affirmatif; on sait qu'il a fait du zona une étude approfondie, et il avoue que l'étiologie et la pathogénie du zona sont parmi les questions qui l'ont le plus embarrassé. Il a cru longtemps que le zona était une affection rhumatismale, mais les zonas par distension, compression ou blessure des nerfs surviennent chez tous les sujets, quelle que soit leur constitution; l'herpès traumatique se montre aussi bien chez les rhumatisants que chez les scrofuleux. Mais dans les zonas dits *a frigore* il y a deux sortes de causes; le zona *a frigore* pur n'existe pas, il faut l'association d'une cause prédisposante, l'arthritisme ou, comme il l'a démontré dans un mémoire fait en commun avec M. Merklin, le paludisme, et d'une cause occasionnelle, rôle que le froid peut jouer; mais sauf dans les cas de lésion nerveuse, jamais une seule cause ne suffit pour amener l'herpès.

M. Ollivier connaît bien les zonas toxiques, survenant soit dans les intoxications par le sulfure de carbone, comme M. Leudet l'a démontré, soit dans la septicémie, comme M. Verneuil en a cité des exemples; mais pour l'angine herpétique, ou le zona des branches pharyngienne et linguale du trijumeau, il croit que le froid en est la cause occasionnelle principale.

Cette discussion eut sa note gaie. Un vénérable confrère qui assistait à la séance voulut rapporter un fait personnel pour démontrer que le froid n'était pour rien dans l'apparition du zona. Il y a un an environ il fut pris, à la suite de l'ingestion d'un verre de vin de Bordeaux très froid, d'une sensation de malaise, puis d'une indigestion, et enfin d'un zona thoracique qui dura plusieurs mois. Ce fait prouve contre votre opinion, dit-il à M. Ollivier. — Pardon, réplique celui-ci, le vin froid que vous avez pris a agi comme froid intérieur au lieu de froid extérieur, mais le résultat a été le même. »

A la vérité, prendre du bordeaux froid est une véritable hérésie aussi bien hygiénique que culinaire.

Au Congrès de la Rochelle, il y a deux ans, nous avons mentionné deux cas de gangrène sénile des orteils guéris par l'application des pointes de feu au thermo-cautère. M. Verneuil, au nom de M. Bessette, d'Angoulême, a rapporté un nouveau cas du même genre. Cette fois, le malade avait un cor au cinquième orteil; on le coupe et il reste une petite plaie douloureuse et sans tendance à la cicatrisation. On ampute le cinquième orteil, les lambeaux se sphacèlent; on cerne le mal avec des pointes de feu; il s'arrête, mais reprend bientôt sa marche et envahit le quatrième orteil. On pense alors à l'examen des urines et on y trouve de la glycose, le sujet était un alcoolo-diabétique. On ampute le quatrième et le cinquième métatarsien, toujours au thermo-cautère, et on institue le traitement anti-diabétique; la gangrène continuant sa marche, on fait l'amputation de Chopart avec le même instrument; à ce moment, le malade était moribond; mais grâce au traitement reconstituant, les forces se relèvent, et par le pansement antiseptique, sans réunion immédiate, la plaie finit par se cicatriser. Actuellement le diabète est guéri, un an après l'amputation, et, détail à noter, il n'y a pas de rétraction du tendon d'Achille.

Les avantages de l'emploi du thermo-cautère, dans ces trois cas de gangrène, sont évidents si l'on songe aux résultats déplorables que donnent les amputations ordinaires pratiquées contre cette affection; de plus, l'emploi de cet instrument est à la portée de tout le monde, aussi M. Verneuil le préconise-t-il de toutes ses forces.

M. Larrivé, rappelant une observation déjà ancienne de Laugier, voudrait recommander les bains d'oxygène dans le traitement de la gangrène des membres ; mais M. Verneuil fait remarquer avec raison que ce moyen ne serait guère possible à employer dans le fond de la Charente. « Ce que nous devons recommander dans les Congrès où se réunissent les médecins de province, ajoute-t-il, ce sont les moyens qu'ils peuvent utiliser eux-mêmes, et les professeurs ont le devoir de leur indiquer, dans la multiplicité des moyens préconisés, ceux qui sont d'une application facile et d'une efficacité réelle. Je puis parler ainsi du thermo-cautère, mais je ne puis le faire des bains d'oxygène.

D'autres orateurs citent d'ailleurs des cas d'insuccès observés à la suite de l'emploi des bains d'oxygène : M. Demons, par exemple ; donc ce moyen n'est pas toujours bon. M. Potain a rapporté un fait plus concluant encore. Il s'agissait d'une gangrène des deux membres inférieurs par oblitération artérielle ; l'un des deux fut traité par l'oxygène, l'autre fut simplement enveloppé d'un bandage ouaté ; chez le premier, la gangrène continua sa marche ; elle fut arrêtée chez le second.

M. Morice a vu également un cas de gangrène chez un diabétique, survenue à la suite d'une amputation d'orteil pour arthrite phalangienne, et malgré le pansement antiseptique ; le diabète ne fut reconnu qu'après ; le traitement anti-diabétique n'arrêta pas la gangrène ; on fit alors l'amputation du cinquième métatarsien au thermo-cautère. Le malade guérit bientôt et de son amputation et de son diabète.

M. Meunier rapporte un fait analogue terminé avec succès par l'amputation de la jambe et un traitement approprié.

A ce propos, M. Verchère rappelle que le diagnostic du diabète n'est pas toujours facile en pareil cas et mentionne un fait dans lequel le sucre ne parut qu'après la gangrène ; six jours après il n'y avait plus de sucre dans l'urine et on conclut à une gangrène non diabétique ; mais trois semaines après, le sucre reparut de nouveau. Il faut donc tenir grand compte de la possibilité du diabète intermittent, dont l'histoire se complète de jour en jour.

Cette première séance se termina par une communication de M. le professeur Duplouy, de Rochefort, sur le traitement des kystes hordéiformes du poignet par l'incision, l'évacuation et l'ignipuncture profonde de la poche, et par une autre de M. Chaumier sur le traitement de la pneumonie aiguë par les bains froids. Certaines opinions un peu trop personnelles de l'auteur, qui nie l'influence du froid sur la production de la pneumonie et cite une statistique d'Andral sur les résultats du traitement de cette affection par la saignée, font sortir M. Leudet de son calme habituel. Il rend au froid sa part d'influence pathogénique pour la pneumonie, et nie qu'Andral ait jamais perdu 56 p. 100 de ses malades par la saignée, comme M. Chaumier le prétend (d'après le livre de M. Dujardin-Beaumetz, d'ailleurs). On a trop dédaigné la saignée dans ces derniers temps, et il est encore des cas où il faut y avoir recours. C'est du reste à tort que M. Chaumier prétend avoir employé les bains froids, puisque ces bains étaient à la température de 27 à 28° ; ce sont alors des bains tièdes et non des bains froids ; et dès lors M. Chaumier n'a rien fait de spécial, car Chomel les employait et M. Leudet, son élève, le fait aussi quelquefois. C'est un moyen utile qui soulage, mais qui ne guérit pas. On peut dire que les malades guérissent sans les bains tièdes, mais non par eux.

« Nous sommes d'accord, répond M. Chaumier, car la pneumonie guérit seule. »

(*A suivre*). L.-H. Petit.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1884.

Paris. — Depuis lundi, aucun nouveau cholérique n'a été admis à l'hôpital Bichat, où, des trois malades en traitement, un seul a succombé jeudi dernier dans la période de réaction. Il avait contracté la maladie à Perpignan.

Ce fait d'un cholérique, voyageant de Perpignan à Paris sans éveiller l'attention, a ému quelques organes de la presse politique. Après avoir emprunté à l'*Union médicale*, et sans en citer la source, les informations que nous avons été les premiers à publier mardi dernier, ils demandent l'organisation du service de surveillance médicale dans les gares des chemins de fer, et invoquent l'exécution de l'arrêté ministériel. Le rédacteur médical du *Temps* en appelle même à l'administration sur le zèle de laquelle il semble compter. C'est, il me semble, une naïveté tout officieuse de faire ainsi fond sur ce zèle dont on a pu mesurer la tardive ardeur depuis le début de l'épidémie. Des

mesures prescrites à leur exécution, la distance est grande, à moins que les prescriptions ne soient plutôt motivées par la raison d'imposer aux apeurés et aux naïfs. Cette opinion est celle de M. Prudhomme, et je crois bien que M. Prudhomme n'est pas seul à la partager!

DÉPARTEMENTS. — Comme nous le constations samedi dernier, le choléra paraît en définitive décroissance à Marseille, où on a enregistré 27 décès du 4 au 10 septembre, et dans le département des *Bouches-du-Rhône*, où il y a eu 7 décès à Aix, 5 à Tarascon, 1 à Arles et à Tholonet et quelques cas à Septènes. Dans le *Var* : on observe une même atténuation à Toulon, 15 décès du 4 au 11 septembre, tandis que certaines localités sont encore sévèrement atteintes : La Seyne avec 12 décès et de nombreux malades, Tourves avec 7 décès, Vins et Brignoles avec 6 décès. Cette dernière localité a eu 34 victimes depuis l'invasion. Enfin, on signale toujours des cholériques à Solliès-Pont, Carnoules, Evenos et Beausset.

L'épidémie persiste dans le *Vaucluse* (9 décès du 4 au 10 septembre, dont 6 à Phor, 2 à Avignon et 1 à Caumont) ; dans le *Gard*, où il y a eu 26 décès à Nîmes, Sauve et surtout Bessèges (18 décès) ; dans la *Haute-Garonne*, à Toulouse et à Villefranche du Laurangois, dans l'*Aude*, à Narbonne (3 décès), à Carcassonne (9 décès) et Mailhoc (1 décès).

Par contre, l'épidémie continue dans l'*Ardèche* à Saint-Romere où on signale 7 décès du 7 au 8 septembre. Voici quelle a été la mortalité par rapport à la population dans les localités contaminées de ce département : à la *Villedieu*, du 21 juillet au 7 septembre, sur 1,000 habitants, on a constaté 58 décès cholériques ; à Vogué et à Ruoms, du 27 juillet au 28 août, sur 700 habitants, 53 et 40 décès.

Les *Pyrénées-Orientales* et l'*Hérault* sont toujours les plus éprouvés des départements du midi. Dans le premier de ces départements, l'épidémie s'étend de plus en plus dans les campagnes, et, d'après les dépêches officielles a fait 83 victimes du 4 au 10 septembre dont 26 à Perpignan, 13 à Prades, 5 à Ille, 3 à Thuir, Castelnau, 4 à Arles-sur-Tech, Catlar, et les autres à Vernet-les-Bains, Rodes, Montalba, Argelès-sur-Mer, Corneille-de-la-Rivière, Amélie-les-Bains, Canet, Iressere, Vinca et Estoher ; dans cette petite commune de 590 habitants de l'arrondissement de Prades, on compte 14 décès et 39 malades depuis trois jours.

Dans le département de l'Hérault, du 4 au 7 septembre, et d'après les informations officielles, la mortalité serait de 23 décès seulement, dont 7 à Cette, 4 à Agde, 2 à Montpellier, Béziers, Pignan, Port-Vendres, les autres à Sainte-Pargovie, Mèze et Cazouls. Ici, la marche de l'épidémie est intéressante. En la suivant sur la carte, comme le remarquent les rédacteurs de la *Gazette des sciences médicales de Montpellier*, on peut marquer les étapes de la contagion. L'invasion a lieu par Cette où se déclarent d'abord quelques cas ; des relations unissant Cette et Gigan, ce dernier village est envahi. Une même station de chemin de fer desservant Gigan et Montbazon, cette localité est aussi contaminée. La station voisine sur le chemin de fer du midi est Cournonterral ; on y constate bientôt des cas de choléra ; plus loin vient Fabrègues qui est atteint, puis Pignon qui a des rapports fréquents avec Fabrègues et est bientôt envahi. L'épidémie s'est donc orientée dans la direction du chemin de fer et du mouvement des voyageurs. Il n'était pas besoin d'être grand prophète pour prévoir cette marche du sud vers l'ouest! Ce fait démontre une fois de plus le mode bien connu de propagation des épidémies de choléra asiatique.

ETRANGER. — L'*Italie* reste actuellement le principal et le très actif foyer cholérique de l'Europe. La maladie y suit une marche ascendante et cet accroissement est dû principalement à sa violence dans les villes de Naples et de la Spezzia. La mortalité cholérique du royaume, du 3 au 9 septembre, a été de 1582, dont 1298 à Naples, et la morbidité de 3,465 cas, dont 2,666 à Naples. Depuis le début de l'épidémie, on a compté 409 cas et 278 décès à la Spezzia.

En *Espagne*, à l'heure actuelle, l'épidémie est localisée à quelques centres : Noveldo, Elche, Monforte et Villeno dans la province d'Alicante ; Balagnères et Anglesola dans celle de Lérida. On y signale 37 décès depuis huit jours. Cependant, depuis mercredi, il y aurait eu à Madrid quelques cas isolés, malgré les cordons sanitaires et militaires, la suspension des communications, et les fameux lazarets d'observation pour les voyageurs venant des provinces contaminées! — C. L. D.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

N° 131 L'UNION MÉDICALE Dimanche 14 Septembre 1884

Sommaire

Sur un cas de contraction des muscles droits internes avec myosis.

Par le docteur Millingen, de Constantinople.

Observation. — M. Sorlin Dorigny, dentiste, 58 ans, a toujours joui d'une excellente santé jusqu'en 1866. A cette époque, à la suite de fatigues et d'émotions diverses, il fut atteint d'un ictère aigu qui entraîna une affection chronique du foie. A partir de ce moment, son caractère subit un changement tel qu'il fut difficile de ne pas l'attribuer à un état pathologique. M. S. D. devint hypochondriaque. Il se soumit successivement à une série de traitements (diète lactée, alcalins, drastiques, etc.), tout en apportant la plus grande irrégularité dans son hygiène générale.

M. S. D., très habile praticien dans sa spécialité, déjà absorbé par les exigences d'une clientèle très étendue, s'occupait encore d'archéologie, de politique, de spéculations financières. Donnant toute sa journée aux travaux de sa profession, il consacrait ses nuits à l'étude, n'interrompant son labeur que pour accomplir de longues promenades nocturnes, et ne réservant au sommeil qu'un nombre d'heures très restreint. Au premier aspect, M. S. D. avait toutes les apparences d'une santé robuste ; mais une nuance de bizarrerie qu'il apportait dans tous les actes de la vie, même dans l'exercice de sa profession, se prononça surtout en 1880, époque à laquelle il éprouva un chagrin violent.

Il devint alors misanthrope et irritable, avec tendance marquée à la manie de la persécution. Son irritabilité se traduisait par de fréquents accès de colère, à la suite desquels il se renfermait chez lui pendant de longues heures dans la solitude la plus complète.

Le 19 mai 1884, dans l'après-midi, M. S. D. vint me consulter pour une diplopie qu'il avait constatée lui-même ; son état général était aussi bon que d'habitude, et il n'accusait d'autre symptôme que cette diplopie, qui paraissait lui inspirer les plus vives préoccupations.

Les yeux du malade présentaient un strabisme convergent, que l'on pouvait tout d'abord attribuer à une paralysie des muscles droits internes. En examinant de plus près, je trouvai que les mouvements d'abduction se faisaient parfaitement. Le strabisme convergent provenait d'un déplacement spasmodique des yeux vers les angles internes. Les axes visuels convergeaient à un point éloigné de 10 centimètres ; la diplopie homonyme se présentait dans la ligne médiane et horizontale, aussitôt que l'objet s'éloignait au delà de 10 centimètres ; les images doubles s'écartaient au fur et à mesure que l'objet s'éloignait davantage, elles se rapprochaient l'une de l'autre quand l'objet se trouvait à droite ou à gauche, mais une fusion n'avait pas lieu. Il y avait une myopie égale à chaque œil (1/24) avec vision = 6/6. L'accommodation était normale.

La correction de la diplopie se laissait faire par des prismes de 9° et 10°, avec leurs bases tournées vers les angles internes. Le malade appréciait très bien la différence de la nuance et du coloris de chaque image, phénomène qui s'observe dans toutes les diplopies avec acuité visuelle normale de chaque œil.

L'état des pupilles méritait un examen attentif. Elles étaient presque entièrement immobiles, à la lumière forte ou dans une pièce obscure. Les efforts de convergence ne provoquaient aucune contraction pupillaire. Ainsi, il y avait une contraction continuelle avec presque immobilité des pupilles, sans qu'elles fussent aussi contractées cependant que dans les cas de myosis spinal. J'attribuai ce phénomène à une inertie (parésie) des dilatateurs des pupilles, accompagnée d'une légère contraction des sphincters (1).

La perception centrale et périphérique des couleurs était normale et les apparences ophthalmoscopiques tout à fait négatives. La mémoire était excellente et le malade n'accusait ni vertiges ni maux de tête. La langue, la luette, tous les sens étaient en parfait état. Le pouls était normal.

Avec les deux yeux ouverts, le malade chancelait comme toute personne atteinte de

(1) Ce qui me paraissait justifier mon diagnostic, c'était l'immobilité des pupilles à l'obscurité et l'absence de tout dérangement dans l'accommodation des yeux.

diplopie. La gêne dans la marche disparaissait entièrement quand un œil se trouvait fermé, ce que le malade faisait instinctivement; il n'éprouvait pas de fourmillements dans les extrémités.

Me fondant sur l'ensemble des symptômes que je viens d'exposer, je crus pouvoir établir le diagnostic suivant :

Lésion irritative à l'origine des nerfs moteurs oculaires communs (tubercules quadrijumeaux) avec lésion du centre qui préside aux mouvements de dilatation des pupilles. Comme symptômes, contraction des droits internes et des pupilles; parésie des dilatateurs pupillaires.

Le traitement que je prescrivis fut un repos absolu, le calomel à dose purgative et quinze sangsues aux apophyses mastoïdes. Malgré mes conseils, le malade ne cessa pas de faire ses courses, et il revint me trouver le 21 mai. Il était dans le même état; la contraction des droits internes paraissait un peu moins forte; les prismes 8° et 9° suffisaient pour corriger la diplopie; le malade se plaignait d'une sensation « insignifiante » de fourmillement, d'engourdissement dans la lèvre inférieure, qu'il attribuait au calomel. Je constatai une légère anesthésie de cette lèvre dans presque toute son étendue, sans aucun indice de parésie. Je l'invitai au repos et lui proposai d'aller le voir; mais je n'entendis plus parler de lui jusqu'au jour de sa mort, qui eut lieu le 26 mai.

Voici, d'après les renseignements qu'ont bien voulu me donner MM. les docteurs Delacour et Zambaco, ainsi que M. Dorigny, son fils, ce qui s'était passé depuis mon dernier examen.

Après m'avoir quitté le 21 mai, il rentre chez lui et écrit quelques mots. L'écriture est absolument la même que les jours précédents.—Le 22, il se plaint de faiblesse des extrémités, à droite; ce qui ne l'empêche pas de se rendre à pied à la Pharmacie britannique et, de là, au Taxim (distance de 2 à 3 kilomètres). Le 23, augmentation de la faiblesse du côté droit; le soir, impossibilité presque absolue de marcher. Il se rend en voiture à Chichli (faubourg de Péra). — Le 24, augmentation de la faiblesse du côté droit. Perte de l'appétit; à trois heures, il prend quelque nourriture; à six heures, perte de la parole; à sept heures trente, paralysie complète du côté droit, ptosis des deux yeux, respiration haletante; c'est dans cet état que MM. les docteurs Delacour et Zambaco l'ont trouvé à leur première visite. A huit heures, dix sangsues à l'anus. —Le 25, même état somnolent avec aphasie complète; temp., 38°9; pouls accéléré, irrégulier. Vingt sangsues le matin et vingt le soir. Le 26, la sensibilité et le mouvement paraissent revenir un peu du côté paralysé; à midi, temp. 37°3; à huit heures, mort.

J'ajouterai qu'un médecin, dont la compétence est hors de doute, avait constaté chez M. S. D. un bruit de souffle au deuxième temps, à la base. Cependant, il n'était sujet ni à la dyspnée, ni aux palpitations.

Autopsie pratiquée vingt heures après la mort, avec l'assistance bienveillante de M. le docteur Delacour, médecin de l'hôpital civil français. Le lieu ni le temps ne nous permettant de faire une autopsie complète, nous nous sommes bornés à l'examen de l'encéphale.

Les téguments se laissent détacher facilement du crâne, qui est dolichocéphale, symétrique et d'épaisseur normale. Le diploé présente une injection sanguine modérée. La dure-mère, fortement attachée à la voûte, de couleur grisâtre avec quelques taches circonscrites, présente les apparences d'une légère pachyméningite. Les sinus sont gorgés de sang; le liquide sous-arachnoïdien est très abondant; les circonvolutions normales. L'artère communicante postérieure et l'artère cérébrale postérieure contiennent chacune des concrétions blanchâtres qui sont légèrement adhérentes à la face interne du vaisseau (endartérite déformante). La substance des hémisphères est anémique. Les petites artères de la substance cérébrale ne font pas saillie sur la surface de la coupe. Les nerfs de la base ont une apparence normale. Les ventricules latéraux sont remplis de liquide clair. La surface intra-ventriculaire du corps strié gauche présente plusieurs petites ecchymoses fraîches de la grandeur d'une tête d'épingle. La substance interne des corps striés, les veines des corps striés sont normales. Sur le plancher du quatrième ventricule, il y a une extravasation sanguine superficielle. Les pédoncules cérébraux, les tubercules quadrijumeaux et la valvule de Vieussens ont à leur extérieur une apparence complètement saine. Le cervelet est partout normal.

Une section verticale est pratiquée à quelques millimètres au-devant de la protubérance annulaire, et elle est dirigée à travers les tubercules quadrijumeaux antérieurs. Cette coupe met au jour une cavité de la grandeur d'une petite noisette, qui contient un liquide épais, jaunâtre, ayant les apparences et la consistance d'un pus épais; les parois sont irrégulières, anfractueuses, comme déchirées. Les limites de cette cavité sont, postérieurement et supérieurement, le sommet du tubercule quadrijumeau antérieur

gauche. La cavité est séparée du quatrième ventricule par une couche intacte mesurant environ 6 millimètres; inférieurement et antérieurement, la cavité entame le *locus niger* de Sœmmering; latéralement, à droite, elle communique par une petite ouverture mesurant 2 millimètres avec l'aqueduc de Sylvius, mais la cloison n'est pas lésée en d'autres points; latéralement, à gauche, elle est limitée par les couches latérales des tubercules quadrijumeaux gauches.

Après avoir placé l'encéphale dans une solution légère d'acide chromique, j'ai soumis les parties à l'examen microscopique. J'ai commencé par des sections transversales du pédoncule cérébral gauche. Les couches supérieures du pédoncule étaient entamées par la lésion. Une section à travers le centre de la cavité, partant du centre des tubercules quadrijumeaux antérieurs et aboutissant à quelques millimètres au-devant de la protubérance annulaire, démontre les relations de la cavité avec l'origine du nerf moteur oculaire commun. Il y a destruction du point qui, d'après Merckel, serait l'origine de la troisième racine (racine sensitive) de la cinquième paire. La cavité est entourée par les fibres d'origine du nerf moteur oculaire commun. Le nucléus de ce nerf, qui n'est nullement changé, a été probablement irrité par la lésion, les capillaires qui l'entourent étant gorgés de sang et dilatés. L'aqueduc de Sylvius a été percé par l'abcès, mais la cloison est intacte partout ailleurs. Il y a, en outre, destruction de la substance grise qui entoure l'aqueduc de Sylvius.

Réflexions. — La localisation d'une lésion sur une partie quelconque de l'encéphale, dans une faible étendue, a toujours été une condition *sine quâ non* pour l'étude des localisations fonctionnelles. Le cas présent emprunte une partie de son intérêt à l'absence de changeménts consécutifs à la lésion primitive, tels qu'inflammation, ramollissement, hydropisie des ventricules, etc. Dégagé de toute complication, il est essentiellement propre à l'étude des fonctions physiologiques des parties intéressées.

La lésion était localisée à un point du pont de Varole, qui est de la plus haute importance pour les mouvements de convergence et pour les fonctions des pupilles. Le rôle que joue le pont de Varole dans ces fonctions avait été signalé en 1858 par Foville (1), et depuis ce temps plusieurs observations sont venues à l'appui des théories émises par cet auteur; mais nous ne connaissons pas d'observations dans lesquelles une lésion soit localisée aux corps quadrijumeaux exclusivement. Faisant allusion à ce sujet, un auteur récent (2) fait la remarque suivante : « ..... Et dans les cas même où la lésion avait son siège principal sur les corps quadrijumeaux, il arrivait toujours que les tubercules des deux côtés étaient entamés par la lésion, tandis « qu'il aurait fallu trouver un cas de lésion localisée sur un seul « côté pour éclairer cliniquement les fonctions des tubercules quadri- « jumeaux. »

L'histoire de M. S. Dorigny est donc des plus intéressantes par sa rareté. La lésion qui, sans doute, datait de quelques semaines, n'a entamé l'isthme de l'encéphale qu'en un point limité (le pédoncule cérébral *gauche*) et seulement deux jours avant la mort. L'hémiplégie droite qui en est résultée n'était pas complète, puisqu'il y a eu amélioration le lendemain de son apparition, fait qui s'explique par la diminution de la compression exercée par l'abcès sur le pédoncule, au moment où le pus a perforé l'aqueduc de Sylvius. Aussitôt que l'aqueduc fut perforé, il est à supposer que le contenu de l'abcès, pénétrant dans le ventricule moyen et dans le quatrième, donna lieu aux ecchymoses que nous avons trouvées sur les planchers de ces ventricules, ainsi qu'à l'œdème et à l'anémie aiguë du cerveau, cause directe de la mort.

Les parties postéro-inférieures du pont de Varole n'ont pas été atteintes par la lésion, ce qui explique l'absence de la déviation conjuguée des yeux et de la paralysie faciale.

La contraction des muscles droits internes s'explique par l'irritation qu'a

(1) Foville. *Bull. de la Soc. anat.* Paris, 1858.
(2) H. Hunnius. *Sympt. der Brücken Erkrankungen.*

exercée la lésion sur le noyau du nerf moteur oculaire commun, qui se trouve à proximité. Si le noyau avait été détruit, il y aurait eu paralysie des muscles droits internes; mais le fait que les autres branches du moteur oculaire commun étaient intactes, montre que le noyau n'a été que partiellement irrité, ce que prouve d'ailleurs l'examen de la pièce.

L'action synergique des droits externes et des droits internes était modifiée par le déplacement des muscles internes, mais à part cela les mouvements synergiques se faisaient parfaitement. L'examen de la pièce démontre en effet que la lésion n'a pas entamé le trajet d'anastomose entre les noyaux de la troisième et de la sixième paire.

L'anomalie dans les fonctions pupillaires (parésie des dilatateurs, contraction des sphincters) a pour cause l'altération du centre qui préside aux mouvements de la pupille. On sait, depuis les expériences faites par Adamuk, à Utrecht, en 1869, qu'il existe un centre localisé dans les tubercules quadrijumeaux antérieurs destiné à diriger ces mouvements.

Les phénomènes du côté de la lèvre, selon toute probabilité, sont dus à une irritation du noyau sensitif de la cinquième paire. Meynert, Stieda et Henle ne sont pas d'accord sur l'origine de cette racine; mais, selon Merckel, les nuclei qui entourent la substance grise autour de l'aqueduc de Sylvius seraient les points d'origine de cette racine. La lésion, dans notre cas, avait détruit les nuclei d'un côté; de l'autre, ils avaient conservé leur intégrité.

La lésion était tout simplement un ramollissement circonscrit, consécutif à une thrombose survenue par le fait d'une endartérite. L'état des artères communicante postérieure et cérébrale postérieure, ainsi que le bruit de souffle du second temps, suffisent pour nous convaincre. Quant aux légers indices de pachyméningite, cette lésion peut avoir joué son rôle dans les phénomènes de surexcitation cérébrale que présentait le malade depuis une série d'années.

L'autopsie a établi d'une manière claire et irréfutable que le processus auquel il a succombé se préparait depuis longtemps, et que l'attention n'a été dirigée vers cette affection que quand la thrombose était déjà effectuée. Il est évident que l'issue fatale ne pouvait être évitée, et alors même que M. S. D. se fût astreint dès le début au repos qui lui était prescrit, il serait bien téméraire de penser que la médication la plus active eût pu conjurer le danger.

Les commentaires dramatiques ne manquèrent pas sur cet événement. Des assertions malveillantes émanant d'une source médicale plus haut placée que scientifiquement autorisée, tendirent à faire croire que la mort était due au traitement mal dirigé par les médecins européens. L'autopsie, si rarement pratiquée en Orient, permet de faire justice de ces imputations diverses en établissant la vérité scientifique sur la mort de notre regretté confrère, en même temps qu'elle apporte une contribution intéressante à l'histoire de la physiologie de l'encéphale.

BIBLIOTHÈQUE

Des affections vénériennes traitées par les eaux sulfureuses de Luchon, par M. le docteur Lambron et M. le docteur Doit, médecin consultant à Bagnères-de-Luchon. — Paris, 1884, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le docteur Lambron avait exercé la médecine à Luchon pendant trente années. Il y avait recueilli un nombre imposant d'observations et préparé un ouvrage sur le traitement des maladies vénériennes par les eaux sulfureuses, auquel la mort l'a empêché de mettre la dernière main. Son neveu, M. le docteur Doit, a recueilli cet ouvrage à peu près terminé, et donné tous ses soins à sa publication.

Voici en quels termes modestes il en attribue tout l'honneur à son oncle : « Cette cli-

nique des maladies vénériennes est entièrement du docteur Lambron ; mon rôle n'a consisté qu'à collectionner les faits et à rédiger les nombreuses notes que j'avais en ma possession ; aussi tout le mérite lui revient-il. »

Le livre se compose de deux parties absolument distinctes. La première est un exposé didactique de pathologie vénérienne, « un résumé de l'état actuel de nos connaissances ». *Actuel* n'est peut-être pas d'une exactitude absolue sur tous les points; mais il faut passer condamnation sur certaines critiques de détail, pour ne voir que l'intention excellente de l'auteur, qui est manifestement de ne pas aborder avec une apparence de légèreté et d'empirisme un côté spécial du traitement de la syphilis, sans avoir montré d'abord qu'il connaît la question, qu'il a pénétré en conscience dans l'intimité de son sujet, et que ses idées sur l'application des eaux sulfureuses sont sérieusement déduites de la pathologie.

Ce qui résulte de cette louable préoccupation, c'est une suite de chapitres qui, naturellement, ne constitue pas la partie la plus originale du livre, mais qui est une introduction naturelle et, suivant l'auteur, nécessaire aux chapitres suivants.

Dans la seconde partie, qui comprend les « Etudes et observations propres à l'auteur », il faut rendre cette justice au docteur Lambron, qu'aux prises avec un sujet où il y a fatalement de nombreuses inconnues, tel que l'emploi thérapeutique des eaux minérales de nature si complexe et d'effets si variés et si instables, il a constamment cherché à rester sur le terrain de la science et de l'observation, de sorte que la tendance naturelle de tout médecin aquatique à trop admirer ses eaux se trouve singulièrement atténuée, effacée pour ainsi dire, par la bonne foi évidente de l'auteur. Voici comme il caractérise l'action diverse des eaux de Luchon sur les syphilis compliquées, récidivantes, rebelles, etc. ; ces eaux sont tour à tour :

1° *Aggravantes* de la syphilis, d'une manière générale et presque constante ;

2° *Curatives* ou *antisyphilitiques*, exceptionnellement, dans quelques cas et sous certaines conditions, car cette action inverse de la précédente n'est qu'apparente, attendu que ces résultats sont dus à l'intervention d'autres agents ;

3° *Distinctives* des accidents syphilitiques, mélangés à des manifestations de maladies diathésiques concomitantes (scrofulisme, lymphisme, arthritisme, herpétisme);

6° *Reconstituantes* dans les cachexies et dans le phagédénisme simple ou syphilitique ;

5° *Caractérisantes* des syphilis larvées ;

6° *Révélatrices* et *décelantes* des syphilis latentes ;

7° *Pierre de touche* ou *affirmatives*, comme conséquence des actions précédentes, de la guérison ou de la persistance du mal ;

8° *Préventives* des accidents causés par le mercure et *réparatrices* de l'intoxication et de la cachexie mercurielle ;

9° *Auxiliaires* ou *adjuvantes* des médicaments spéciaux de la syphilis (mercure, iodure de potassium, arsenic).

Dans un dernier chapitre, intitulé : *Emploi thérapeutique des eaux sulfureuses sodiques naturelles et des médicaments antisyphilitiques*, M. Lambron compare l'administration séparée des eaux sulfureuses et des médicaments spéciaux de la syphilis, avec le traitement qui lui est propre et qui consiste dans l'administration simultanée et combinée des sulfureux et des mercuriaux. Il étudie enfin, non plus seulement ce « traitement double ou sulfuro-hydrargyrique », mais le traitement triple ou « sulfuro-hydrargyro-ioduré » par l'administration simultanée des eaux sulfureuses et des mercuriaux combinés, puis de l'iodure de potassium donné à part deux heures après les précédents, au commencement des repas.

Aix-les-Bains et ses environs, par M. V. Barbier, avec 26 illustrations par L. Dünki, et une carte. Zurich, Füssli. — Brochure de 61 pages.

L'établissement thermal d'Aix-les-Bains (Savoie), comme tous les établissements de bains minéraux qui sont jusqu'à présent restés sous la régie de l'Etat, devait être affermé à partir du 1er janvier 1885. Ainsi en avait décidé la loi du 30 janvier 1884. Mais, sur la proposition de M. Jules Carret, député de Chambéry, appuyé par tous ses collègues de la région, cette loi vient d'être abrogée en ce qui concerne Aix-les-Bains. On s'en applaudit beaucoup dans le pays. Bien que l'administration par l'Etat ne soit pas parfaite, et que son fonctionnement donne prise à de nombreux *desiderata*, elle a, du moins, cela pour elle d'être désintéressée, réfractaire à tous agissements mercantiles, et, par suite, incontestablement honorable.

Cela ne veut pas dire que les Compagnies fermières ne puissent être aussi très honorables. Mais, à l'égard de celles-ci, le soupçon — souvent injuste — est possible ; il ne l'est pas à l'égard de l'Etat. C'est une nuance, si l'on veut, et chacun y attache, en vertu

de sa délicatesse ou de ses préjugés, une importance variable. Elle a été jugée prépondérante par les médecins d'Aix, pour ne parler que d'eux, et ce n'est pas nous qu'une telle susceptibilité fera sourire.

Mais chaque médaille à son revers; le désintéressement s'oppose à la publicité; l'Etat ne fait pas d'annonces, et les établissements qu'il régit ne posent pas d'affiches. Il faut cependant attirer ou réveiller l'attention du public, et puisque le bon Dieu lui-même, selon l'expression de Lamartine, a besoin, pour sa réclame, qu'on sonne les cloches, on conçoit la nécessité de faire de temps en temps appel aux baigneurs. Qui se chargera de ce soin? Tous ceux qui, à des titres divers, ont à cœur ou à intérêt la prospérité de la station : la municipalité, les médecins, les notables commerçants, les propriétaires, les malades reconnaissants, les enthousiastes purs, etc., et chacun par les moyens et dans la forme qu'il jugera le plus convenable d'employer.

A Aix, il est peu de médecins qui n'aient publié quelque ouvrage destiné à faire connaître les ressources thérapeutiques et les charmes pittoresques de cette contrée privilégiée. Aujourd'hui, c'est un enthousiaste pur qui paye son tribut d'admiration au pays qu'il a adopté. M. V. Barbier, ancien directeur des douanes à Chambéry, déjà connu par un livre justement estimé sur les eaux minérales de la Savoie, a eu l'heureuse idée de faire figurer Aix-les-Bains dans la série des publications de *l'Europe illustrée.* La brochure que nous signalons au lecteur porte les n°s 56 et 57. D'un format commode et de tournure fort élégante, elle se recommande par une typographie irréprochable, et par ses gravures aussi finement exécutées que spirituellement conçues. Les différents aspects de la ville, de l'établissement thermal et des principales opérations balnéaires qui s'y pratiquent, du Cercle et du Casino, du lac et des montagnes qui l'entourent, forment comme le décor charmant de la légende qui les explique et les justifie. Cette légende, d'un style rapide et concis, donne sur les eaux thermales et sur la vallée qu'elles illustrent, les renseignements indispensables à tout étranger qui visite ce beau pays. L'œuvre de M. Barbier ne peut manquer d'être bien accueillie. — M. L.

CORRESPONDANCE

Paris, 9 septembre 1884.

Monsieur le rédacteur én chef,

J'ai commencé mes études médicales en 1874-75, et j'exerce à Paris depuis trois ans et demi. Ce préambule est destiné à démontrer que, malgré l'assiduité la plus quotidienne aux visites de mes maîtres dans les hôpitaux, il m'eût été matériellement impossible d'y observer un cas de choléra.

Or, le vendredi 5 septembre, je suis appelé auprès d'un malade arrivé de Perpignan depuis trois jours, et chez lequel je constate, après un court examen, des symptômes cholériques en tout conformes à ceux que m'a enseignés la théorie.

Je lui donne et lui fais donner tous les soins indiqués par cette théorie.

Au bout de vingt heures, l'état du malade n'ayant pas subi de changement sensible, la famille me demande de faire transporter le moribond à l'hôpital. Les voitures de la préfecture viennent le prendre et l'emmènent à Bichat.

Le malade une fois parti, je me sentis le désir d'observer jusqu'au bout une affection que je n'avais jamais vue, mais que je pouvais être appelé à revoir d'autres fois. Curiosité très saine assurément!

Je me fis conduire à Bichat (une heure et demie), et me présentai au directeur de l'hôpital, auprès duquel je justifiai de mon identité. Mais, ô désespoir! je me butte à un ordre formel émané de M. Quentin. Défense de laisser pénétrer qui que ce soit auprès des cholériques. Le directeur, je m'empresse de le reconnaître, a été d'une politesse et d'une urbanité charmantes; mais il avait une consigne à exécuter. Je me suis incliné.

Or, cette consigne — et c'est là que je veux en venir — est-elle raisonnable? Nous sommes toute une génération de jeunes médecins qui ne connaissons le choléra que par ouï-dire. Un vif désir de voir le monstre face à face nous talonne incessamment. Une occasion se présente; mais, parce que les malheureuses victimes sont obligées de réclamer le secours de l'Assistance publique, celle-ci se rengorge et nous ferme la porte au nez, en disant : « Ces malades sont à moi! » L'Assistance n'oublie-t-elle pas la deuxième moitié de sa mission, qui consiste à fournir des sujets d'observation et d'étude aux nouvelles, et même aux anciennes générations médicales?

Pour conclure, je pense qu'il serait urgent de prier M. Quentin de vouloir bien établir

à Bichat une consigne moins farouche pour MM. les médecins qui pourront justifier de leur identité auprès du directeur, et dans certaines conditions déterminées.

Dans l'espoir que vous voudrez bien accueillir mes doléances, je vous prie d'agréer, etc.

Dr C. Parizot.

Nous insérons cette lettre avec plaisir, car la demande de notre confrère nous paraît fort juste en elle-même. Nous croyons cependant qu'il faut apporter dans cette question beaucoup de réserve. L'entrée du médecin à l'hôpital, quand il n'y a pas d'épidémie déclarée, n'aurait pas d'inconvénient ; mais supposez qu'au lieu de cinq malades il y en ait soixante. Donnerez-vous l'entrée libre à soixante médecins de la ville ? Ferez-vous seulement des exceptions, mais pourquoi, pour qui, et dans quelles conditions? Que deviendront l'isolement et les mesures préventives ? Sans doute, *nulla lex omnibus satis placuit;* mais il y a des lois qui ne peuvent exister et produire leurs effets utiles qu'à la condition d'être radicales.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 2 septembre 1884. — Présidence de M. Rolland.

La question des ballons dirigeables étant à l'ordre du jour, nous recommandons à nos lecteurs la lettre suivante de M. Laussedat. Il y trouveront plusieurs rectifications de priorité très intéressantes.

« ..... Je n'ai demandé, en 1876-1877, en ma qualité de président de la commission des communications aériennes, et obtenu de M. le général Berthaut, alors ministre de la guerre, la création de l'atelier de Meudon (Chalais), que parce que j'étais convaincu, non seulement de l'utilité des ballons captifs en campagne, mais de la possibilité de diriger les ballons, de les faire lutter contre le vent, possibilité démontrée par l'expérience de M. Dupuy de Lôme.

« Actuellement, et après le succès si complet, si légitime de MM. les capitaines Renard et Krebs, personne ne conteste plus cette possibilité, bien que l'on sente qu'il reste encore beaucoup à faire pour donner au ballon dirigeable le degré de puissance qui lui permettra de rendre tous les services qu'on en attend.

« Le moment serait donc venu, ce me semble, de bien préciser les phases successives d'une invention toute française, en réunissant et en publiant les documents authentiques qui sont épars dans les archives du ministère de la guerre ou des établissements qui en dépendent, de l'Académie des sciences, de la Société d'encouragement, de la Société de navigation aérienne et de quelques autres Sociétés analogues. Ayant eu, par devoir, à étudier un grand nombre de ces documents, je me crois permis de signaler quelques-uns de ceux qui me semblent les plus intéressants et les plus importants, à l'Académie qui, après avoir acclamé la grande découverte des Montgolfier et applaudi aux innovations si heureuses de Charles, a eu l'insigne honneur de patronner, à quatre-vingts ans de distance, les essais de navigation aérienne tentés par deux de ses membres, l'illustre général Meusnier et Dupuy de Lôme.

« Les mémoires du général Meusnier sont restés presque ignorés de la génération actuelle, parce qu'ils étaient conservés à l'Ecole d'application de l'artillerie et du génie, où ils étaient peu consultés, et connus seulement de quelques personnes, qui les considéraient peut-être comme un pur objet de curiosité. On y trouve, cependant, au moins trois idées principales :

« 1° La forme allongée de l'aérostat, adoptée par la généralité des inventeurs;

« 2° L'hélice, comme agent de propulsion (et peut-être conviendrait-il de faire remarquer que Meusnier a devancé de beaucoup Sauvage et tous ceux qui se disputent la priorité de l'application de cet engin à la mise en mouvement d'un bateau);

« 3° Enfin, la poche à air ou ballonnet, imaginé de nouveau par M. Dupuy de Lôme, pour maintenir la rigidité de l'enveloppe de son ballon, et que M. Meusnier destinait à l'importante fonction de vessie natatoire ou de moteur vertical de bas en haut et de haut en bas, espérant pouvoir se dispenser d'ouvrir la soupape pour descendre et de

jeter du lest pour remonter, en refoulant de l'air dans la poche ou en l'aspirant, au moyen d'une petite pompe placée dans la nacelle.

« Je citerai encore les travaux de Conté qui, à la vérité, s'est borné à l'étude et à la construction des ballons sphériques, et surtout des ballons captifs employés par les armées de la première République. Mais on trouve, dans le texte et dans le magnifique Atlas de ce savant doublé d'un artiste, des renseignements encore utiles aujourd'hui, sur les moyens de rendre les aérostats imperméables, sur la manœuvre et sur la construction du ballon en général.

« Je ne saurais omettre, en parlant de Conté et des premiers aérostatiers militaires de Meudon, de mentionner les essais de télégraphie optique faits entre la nacelle d'un ballon captif et une station terrestre souvent assez éloignée (ballon captif de la terrasse de Meudon et Saint-Martin du Tertre, par exemple). Les signaux employés dans ce but et décrits dans l'un des mémoires de Conté étaient d'une grande simplicité, et peuvent être comparés à ceux de l'alphabet Morse, qu'ils ont précédé de près d'un demi-siècle.

« Dans les actes de la Société d'encouragement, on trouve un rapport très remarquable de M. Alcan, sur un projet de ballon dirigeable d'un grand volume et muni d'une puissante machine à vapeur, qui date, si j'ai bonne mémoire, de 1842, et qui a précédé, par conséquent, les essais si hardis de M. H. Giffard.

« Je m'abstiens d'entrer dans de plus longs détails et de citer les auteurs vivants, autres que M. Dupuy de Lôme (dont le mémoire, publié sous les auspices de l'Académie, laissera une trace lumineuse dans l'histoire de la navigation aérienne), parce qu'il est vraisemblable que si la commission des aérostats fait une enquête, elle sera bien vite en possession de tous les travaux imprimés ou manuscrits des inventeurs.

« Je crois que cette enquête est très désirable et que la publication, après un examen critique des documents auxquels j'ai fait allusion, de tout ce qu'il n'importe pas de tenir secret (si tant est que le secret puisse être observé longtemps), ferait grand honneur au pays et à la science française, et l'on conserverait ainsi plus sûrement à la postérité des œuvres remarquables que le temps ou un simple accident pourraient détruire. »

M. Faye donne lecture d'une lettre de M. Bridet, annonçant que, grâce aux efforts de M. Adam, un télégraphe optique est établi entre l'île de la Réunion et l'île Maurice.

— M. Marey présente une note de M. Vignal sur la formation et le développement des cellules nerveuses de la moelle épinière chez les mammifères.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

De la paralysie ascendante aiguë.

Rapport lu par M. de Beauvais, vice-président, dans la séance du 28 juin 1884.

Parmi les nombreux mémoires que M. le docteur Camille Gros (d'Alger) a présentés à l'appui de sa candidature à la place de membre correspondant, il en est un qui est intitulé : *De quelques accidents nerveux compliquant la variole et la varioloïde.* Ce travail récemment publié nous a paru mériter particulièrement l'attention de la commission dont je fais partie, comme rapporteur, avec mes excellents collègues MM. Dubuc et Gillebert Dhercourt père.

Je viens, à ce titre, en soumettre aujourd'hui l'analyse à la Société.

Pendant l'épidémie de variole qui a régné à Alger, dans le courant de l'hiver de 1882, M. Gros a eu l'occasion d'observer en même temps deux malades chez lesquels les accidents nerveux ont joué un rôle prédominant : l'un d'eux, dans le cours d'une varioloïde bénigne, présenta des symptômes paralytiques promptement mortels; l'autre eut une variole compliquée de délire maniaque qui se termina par la guérison.

Dans la première observation, il s'agit d'un homme de 28 ans, représentant de commerce à Paris, qui vint passer à Alger l'hiver de 1881 à 1882 pour une affection de poitrine. Malade depuis le mois de mars 1881, il avait eu des hémoptysies et avait fait, pendant l'été, une cure au Mont-Dore.

Au sommet du poumon gauche, il présentait des craquements secs qui avaient tout à fait disparu en avril 1882.

Le malade passa un excellent été en France, et revint à Alger vers le milieu du mois de novembre. Le 29, il fit appeler M. le docteur Gros. Il avait de la fièvre, de la courba-

ture, de la toux, des râles sibilants et ronflants disséminés dans les deux poumons. Il s'était refroidi dans la soirée du 27 novembre.

Un ipéca stibié fut prescrit.

Le 30 novembre, amélioration notable; diminution de la fièvre: insomnie légère — potion de codéine et d'aconit — repos à la chambre.

Le 2 décembre, le malade, qui se trouvait mieux, était sorti, malgré un temps froid et pluvieux, dans la journée. M. Gros le vit le soir. Il était sans fièvre ni malaise, mais se plaignant d'inappétence.

On remarque avec surprise, au front et à la racine du nez, trois petites pustules, deux dans le cuir chevelu et quelques-unes à chacun des poignets.

M. Gros diagnostiqua une varioloïde bénigne et prescrivit le lit, se proposant de revenir dans quelqus jours, n'ayant conçu aucune inquiétude.

Le surlendemain, *4 décembre*, il fut appelé par le malade. Celui-ci était sans fièvre; il se plaignait de lassitude générale, de faiblesse et d'engourdissement des extrémités inférieures; la marche était difficile.

Le 5 décembre, ces symptômes s'étaient accentués davantage; les extrémités supérieures étaient atteintes à leur tour par la *paralysie*, la sensibilité de la peau diminuée, la respiration difficile. Il n'y avait pas eu de selles depuis la veille; il urinait très difficilement et par petite quantité à la fois.

M. Gros, surpris de ces phénomènes aussi insolites que rapides, crut devoir appeler en consultation ses collègues, MM. Bruck et Sezary.

Quelques heures s'étaient à peine écoulées, et l'état du malade s'était encore aggravé. La dyspnée était plus marquée, la déglutition et la prononciation devenaient difficiles.

Pour chercher à enrayer la marche ascendante de la paralysie, une double rangée de pointes de feu fut appliquée par M. Sezary, à l'aide de l'appareil Paquelin, depuis la nuque jusqu'à la partie inférieure de la colonne vertébrale. Cette opération fut renouvelée le lendemain matin; mais il n'y eut aucune amélioration, la respiration devint costale, thoracique, et la *mort arriva par asphyxie* dans la soirée du 6 décembre, *trois jours à peine* après les débuts des accidents. Pendant toute la durée de la maladie, M. P... avait conservé *toute son intelligence*, avait suivi et analysé avec calme et résignation la marche progressive de l'affection cruelle à laquelle il devait succomber.

En terminant cette curieuse observation, M. Gros témoigne les regrets suivants :

Uniquement préoccupés de chercher à soulager le malade, et de parer aux accidents qui se succédaient avec une rapidité effrayante, nous n'avons pas cherché à voir si les mouvements réflexes étaient exagérés ou absolus, nous n'avons pas eu recours à l'électricité pour nous rendre compte de l'état de contractilité dans les muscles paralysés ; de plus, il ne nous a pas été possible de demander l'autopsie et d'examiner la moelle épinière.

Malgré ces regrettables lacunes, il nous semble que les divers symptômes que nous avons observés, et la marche qu'ils ont suivie, ont une grande analogie avee ceux que l'on a décrits sous le nom de *paralysie ascendante aiguë*.

Ce diagnostic posé, M. Gros aborde l'étude de l'histoire de la seméiologie et de la nature propre de cette curieuse complication de certaines maladies aiguës.

Déjà en 1873, notre distingué collègue, M. Christian, avait publié un remarquable mémoire sur la folie consécutive aux maladies aiguës, mémoire dans lequel il traite la question connexe de cette forme paralytique.

Déjà à cette époque M. Christian disait :

Bien avant que l'on se soit occupé sérieusement des troubles intellectuels consécutifs aux maladies aiguës, on avait étudié les paralysies qui apparaissent dans les mêmes circonstances, Graves, l'un des premiers (*Cliniq. médic.*, traduct. Jaccoud, 1863, I), leur assigna leur signification véritable; depuis elles ont été l'objet d'un grand nombre de travaux, parmi lesquels il me suffira de signaler l'ouvrage de Jaccoud (*Paraplégie et ataxie du mouvement*, Paris, 1864) et l'étude magistrale que Gubler leur a consacrée dans les *Archives générales de médecine*, 1866 :

M. Christian ajoute :

« Dès le début de mes recherches, j'ai été frappé de l'étroite parenté qui paraît exister entre des phénomènes pathologiques qui affectent tantôt l'intelligence, tantôt la motilité, et qui, produits par le même ordre de causes, bornés dans leurs manifestations aux seuls centres nerveux, ne s'accompagnent, ni les uns ni les autres, d'aucune lésion organique grave, et disparaissent, en général, assez vite et sans laisser de traces ; l'analogie est frappante. Ce qui la complète, c'est que l'on peut voir réunis chez le même malade ces deux sortes de troubles. »

Foville, dans les *Annales médico-psychologigues*, de 1873, a fait ressortir l'importance de ces cas complexes.

Maingault, Trousseau appellent les paralysies consécutives aux maladies aiguës des *paralysies généralisées ;* Beau leur a donné le nom de *paralysies générales aiguës*. Ces dénominations, ajoute M. Christian, sont malheureuses parce qu'elles établissent une confusion regrettable avec la paralysie générale des aliénés, caractérisée par une lésion cérébrale constante, tandis que rien de pareil n'existe dans celles dont nous venons de parler.

Indépendamment de la marche rapide des accidents, de leur apparition toute récente et presque soudaine, de l'existence antérieure d'une affection aiguë, Foville insiste beaucoup sur le nasonnement particulier produit par la paralysie du voile du palais, qui existe dans les paralysies des maladies aiguës et non dans les paralysies générales.

La paralysie ascendante aiguë, dit M. Gros, débute d'une manière insidieuse par la paralysie des membres inférieurs, gagne les muscles de l'abdomen, du thorax, les membres supérieurs, le diaphragme, et amène la mort par asphyxie ; sa marche est rapide, on ne trouve presque jamais de fièvre ; il n'y a ni douleur du tronc et des membres: ni troubles trophiques ; la sensibilité n'est que diminuée et l'intelligence conservée.

A l'autopsie, on ne rencontre le plus souvent aucune lésion capable d'expliquer les phénomènes paralytiques.

La pathogénie de cette affection, malgré les progrès de l'anatomie microscopique, est encore obscure et très incertaine.

Grisolle la considère comme une paralysie essentielle, une névrose.

Teissier et Laveran ont constaté de petits foyers de myélite disséminés.

Dujardin-Beaumetz dit que le diagnostic différentiel entre la paralysie ascendante et la myélite aiguë est très difficile et très obscur.

Déjérine a trouvé dans deux cas la moelle normale, mais les racines antérieures atteintes de névrite parenchymateuse. Il croit que la maladie de Landry relève d'une altération de la moelle, qui n'a pas encore été déterminée, et que les progrès de l'histologie combleront un jour cette lacune.

Behier attribue ces troubles à une véritable dénutrition du système nerveux; les tubes nerveux perdent leur matière active.

Dieulafoy croit à une myétite ascendante.

Jaccoud estime que la myélite centrale absorbe la généralité des cas publiés sous ce nom, et que la rapidité de la mort a été la seule cause de l'absence de lésions caractérisées.

Cependant les recherches histologiques les plus minutieuses faites par Vulpian, Cornil, Ranvier, Hayem n'ont révélé dans un certain nombre d'observations de paralysie ascendante aiguë *aucune lésion spéciale*.

Westphal regarde la paralysie ascendante aiguë comme la manifestation d'une intoxication générale dont il ignore la nature.

Hayem avait déjà émis cette hypothèse.

Jaccoud, refutant l'opinion que les paraplégies des maladies aiguës sont de simples troubles fonctionnels, ajoute :

« La plupart des maladies qui sont ici en cause ont pour caractère d'être infectantes « ou contagieuses, et de produire rapidement une altération du sang ; ce sont, en un « mot, des maladies dyscrasiques. » — L'agent infectieux toxique des pyréxies produit une dyscrasie spéciale, comparable à celle qu'entraîne l'introduction dans le sang de certains poisons minéraux et végétaux.

Ces paralysies se développent tantôt pendant l'évolution de la maladie aiguë, tantôt pendant la convalescence. Elles sont presque toujours pyrétiques, ce qui les distingue de la myélite antérieure aiguë et de la myélite antérieure ascendante subaiguë ainsi que de la myélite antérieure diffuse.

Pour Huchard, ces paralysies n'appartiennent pas à la classe des névroses, elles relèvent d'altérations diverses de l'axe cérébro-spinal, du système nerveux périphérique ou même de l'appareil musculaire ; elles présentent des modalités diverses et nombreuses, des localisations variables, une marche et des allures différentes, suivant l'état morbide qui leur a donné naissance.

Brown-Sequard, étudiant les paralysies réflexes, a démontré que les impressions périphériques étaient aptes à se réfléchir sur les nerfs vaso-moteurs intra-spinaux et, produisant par action reflexe des troubles circulatoires variés amenaient consécutivement l'abolition des propriétés physiologiques de tout le département du système nerveux.

M. Gros termine par ces conclusions. N'est-on pas autorisé à dire que la paralysie ascendante constitue tout au moins une forme distincte *de myélite*, et qu'elle mérite de con-

server une dénomination spéciale, jusqu'au jour où de nouvelles découvertes microscopiques auront fait connaître sa véritable nature et les liens qui l'unissent aux autres maladies aiguës, qui peuvent atteindre le système nerveux.

Notons encore, avec M. Christian, que la gravité plus ou moins grande des symptômes de la maladie aiguë, ne paraît exercer qu'une influence très secondaire sur l'apparition de la paralysie ascendante ainsi que le démontre d'ailleurs le cas cité par M. Gros, une varioloïde des plus bénignes.

Landouzy, dans sa remarquable thèse d'agrégation sur les paralysies dans les maladies aiguës, note que la variole est de toutes les fièvres éruptives, celle dans laquelle ont été signalées le plus fréquemment les paralysies ; mais elles sont plus rares que dans la fièvre typhoïde.

Il cite dans cette thèse, d'après un auteur allemand Bernhardt, le cas d'un homme qui fut enlevé, en trois jours, par des accidents paralytiques éclos au déclin d'une varioloïde. — Ce fait se rapproche tout à fait de celui que rapporte M. Gros, qui explique la filiation des accidents, chez son malade, de la façon suivante : M. P... se trouvait sous l'influence du poison variolique au moment de sa dernière sortie, et l'on conçoit aisément que, dans ces conditions, l'action d'un froid même peu intense ait pu déterminer le développement de la maladie. Il en conclut que le pronostic de la varioloïde doit être toujours réservé, et qu'il est nécessaire d'éviter les refroidissements, même dans les formes les plus bénignes de la maladie.

Par une bizarre coïncidence, au moment où je lisais le travail de M. Gros, j'ai eu l'occasion d'observer chez un jeune enfant de 4 ans un cas bien tranché de paralysie ascendante aiguë. — En voici le résumé :

Dans le cours du mois de février dernier ce petit garçon est pris d'une fièvre typhoïde à forme thoracique. — Une broncho-pneumonie généralisée, un état bilieux très prononcé et un mouvement fébrile intense avec exacerbations périodiques, tels furent les symptômes prédominants. Dans les premiers jours d'avril, la convalescence commençait à s'établir, lorsque les parents attirèrent mon attention sur la faiblesse des jambes, sur la difficulté de se tenir debout et sur la marche chancelante de l'enfant. Je crus d'abord à une simple débilité consécutive à la longue maladie antérieure, mais peu de jours après la paralysie gagna les muscles du tronc et ceux des membres supérieurs. — L'enfant se tenait plié en deux, il ne pouvait porter ses mains à ses lèvres. Couché il lui était impossible de lever les jambes, même de les rapprocher l'une de l'autre. Bientôt la déglutition devint difficile ; quand l'enfant buvait, il avalait de travers ; il se plaignait aussi d'élancements douloureux et de fourmillements dans les pieds et dans les mains ; l'amaigrissement était devenu général. — La langue était saburrale, le mouvement fébrile était peu accusé et le petit malade passait la plus grande partie de ses journées dans un fauteuil. A cette paralysie généralisée se joignait un état cérébral particulier des terreurs nocturnes, une certaine irritabilité, de la tristesse et des pleurs faciles. Du côté du rectum et de la vessie, il n'y eut jamais ni incontinence ni paralysie.

Ces phénémènes durèrent environ quinze jours, puis la motilité revint d'abord dans les bras, puis dans le tronc, et beaucoup plus lentement dans les jambes. — J'instituai la médication suivante : Gouttes amères de Baumé à dose progressive, jusqu'à 20 par jour ; vin de quinquina phosphaté ; frictions stimulantes au baume de Fioraventi sur la colonne vertébrale et sur les membres ; bains avec le sel de Pennès.

Vers le milieu du mois de mai, l'enfant marchait avec agilité, jetait encore un peu les jambes de côté comme les ataxiques, il avait repris sa gaieté, sa vivacité naturelle, lorsrue le 27 survint une rougeole confluente avec une fièvre très intense, puis une éruption miliaire généralisée. J'étais fort inquiet, et je craignais le retour, à brève échéance, de la paralysie ascendante à peine disparue. Il n'en fut heureusement rien, et l'enfant que j'ai revu dernièrement conserve l'intégrité de ses mouvements, et sa santé est bonne aujourd'hui.

J'ai cru intéressant de rapprocher ce fait de l'observation de M. Gros et de vous raconter brièvement la marche et le caractère de cette paralysie ascendante généralisée, qui a compliqué et suivi la fièvre typhoïde dans la convalescence.

La deuxième observation contenue dans le mémoire de M. Gros, est celle d'une femme de 35 ans, d'un tempérament nerveux et d'une constitution vigoureuse, chez laquelle il survint pendant l'évolution de l'éruption variolique au quatrième jour, un délire maniaque très prononcé.

Elle poussait des cris perçants, croyait être couchée dans un cercueil rempli de charbons ardents, et cherchait à sortir de son lit, frappait et injuriait les personnes qu l'entouraient. Elle tenta plusieurs fois de se jeter par la fenêtre et de s'étrangler avec ses mains.

On employa le chloroforme en inhalations et l'extrait thébaïque à l'intérieur. A l'agitation succéda un état léthargique qui dura 24 heures, puis la variole reprit son cours, la convalescence s'établit régulièrement et au bout d'un mois, la malade était complètement rétablie.

Des renseignements ultérieurs apprirent à M. Gros que cette femme avait déjà éprouvée des crises convulsives suivies d'un état cataleptique, qui s'était prolongé pendant plusieurs heures. M. Gros crut devoir considérer ce cas comme une variole compliquée par un délire maniaque de nature hystérique.

Ce fait rentre absolument dans la catégorie des observations citées dans le mémoire si intéresssant de notre collègue M. Christian intitulé : *De la folie consécutive aux maladies aiguës.*

Les autres mémoires de M. Gros, dont je regrette de ne pouvoir vous donner l'analyse, portent le même caractère scientifique, le cachet d'un clinicien observateur et habile, d'un thérapeutiste expérimenté et chercheur.

Dans l'un d'eux, il expose avec un véritable talent des considérations intéressantes sur l'anatomie topographique de l'hypochondre droit et l'indication des points de cette région qui permettent de pénétrer dans le foie, atteint de kyste, sans léser la plèvre ni le poumon.

Il donne les moyens d'éviter la lésion du poumon en se basant sur la connaissance de l'étendue des mouvements d'ascension et d'abaissement de l'organe dans les deux temps de la respiration.

A ce mémoire est jointe une planche explicative d'une netteté parfaite, qui vient mettre sous les yeux les points saillants des utiles et précédentes considérations.

Dans un autre travail, il étudie la question pleine d'actualité et d'intérêt de l'acclimatement pour nos colons d'Algérie.

A propos d'une épidémie de choléra, observée à Alger, en 1866, M. Gros recommande la tisane d'eucalyptus et l'emploi de l'aloès.

Le premier médicament avait calmé avantageusement les vomissements, le second avait modifié rapidement la nature des évacuations alvines.

M. Gros ne croit pas à la contagion du choléra, mais il admet sa propagation par le développement de foyers d'infection.

M. le docteur Camille Gros est professeur de clinique médicale à l'école d'Alger, chirurgien-adjoint de l'hôpital civil de Mustapha, membre du Conseil d'hygiène et de salubrité du département d'Alger, ancien interne des hôpitaux de Paris, membre de la Société anatomique. Il est lauréat de l'Ecole de pharmacie de Strasbourg.

Il est le digne frère de M. Léon Gros, ancien secrétaire général et ancien président de la Société de médecine de Paris, qui a laissé parmi nous de si profonds souvenirs.

Vous vous le rappelez sans doute, ce véritable patriote a, par testament, refusé, à son grand regret, d'être enterré dans son pays natal, jusqu'au jour où l'Alsace serait redevenue française ; espoir vif et profond que notre distingué collègue a emporté jusque dans la tombe. C'est aussi touchant que généreux.

Puisse ce vœu suprême se réaliser un jour pour le bonheur de notre chère patrie et celui de nos regrettés frères !

En inscrivant, Messieurs, le docteur Camille Gros au nombre de nos membres correspondants, vous voyez que vous aurez acquis un nouveau collègue d'une valeur morale et scientifique aussi élevée qu'incontestable, et de plus un travailleur des plus actifs et des plus distingués.

C'est la proposition que j'ai l'honneur de vous faire comme rapporteur, au nom de la commission chargée d'examiner les titres, à l'appui de la candidature de M. le docteur Camille Gros.

COURRIER

Création d'un bureau d'hygiène a Amiens. — Nous apprenons l'installation du bureau d'hygiène d'Amiens, dont le directeur est notre estimé confrère, le docteur Richer. Les médecins des circonscriptions sont MM. Genty, Hubert, Peaucellier, Bernard, Ravin, Cailleux, Dhourdin et Leroy, et le médecin suppléant est M. Louis Lenoel. Nous ferons connaître l'organisation de cette institution qui fait honneur aux efforts de la Société médicale d'Amiens et à l'intelligence de la municipalité amiénoise pour le bien public.

C. E.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs

Sommaire

Du glaucôme infantile et de sa transformation en glaucôme d'adulte

Par le docteur A. DEHENNE.

L'augmentation primitive de la tension intra-oculaire constitue le glaucôme, qu'il y ait hypersécrétion ou défaut d'excrétion. L'hypertonus consécutif à une inflammation du tractus uvéal (irido-choroïdite, irido-cyclite) ou à un gonflement des masses cristalliniennes (cataracte traumatique), ne peut revendiquer que le nom d'*accidents glaucomateux*. Cette première proposition étant admise, il y a lieu de faire une distinction capitale entre le glaucôme de l'enfant et celui de l'adulte ; et cette distinction doit être fondée sur l'élasticité ou l'extensibilité différente dont est douée la sclérotique aux différents âges de la vie.

Au premier abord, l'enfant n'est pas atteint de glaucôme, car il se présente avec des symptômes différents de ceux que l'on rencontre habituellement dans cette maladie. Et pourtant c'est bien la même affection, justiciable du même traitement. *Il est des cas où un adulte peut posséder une sclérotique d'enfant.* Alors il devient glaucomateux à la façon de l'enfant. Il en est de cela comme du système artériel. Un adulte qui a des artères de vieillard est un vieillard et souffre à la manière des vieillards.

Dans les trois faits que j'ai observés récemment, et qui sont le point de départ de cette note, j'ai assisté pour ainsi dire aux différentes phases qu'a subies l'évolution de la maladie et à la transformation du glaucôme infantile en glaucôme d'adulte.

Etant donnée une augmentation de la pression intra-oculaire *chez l'adulte,* tout l'effort se porte du côté de la partie la moins résistante de la coque oculaire, du côté du nerf optique qui s'excave. La sclérotique résiste, et les voies de filtration sont insuffisantes ; la soupape de sûreté ne fonctionne plus.

L'augmentation de tension se fait brusquement (glaucôme aigu), ou par poussées successives (glaucôme chronique inflammatoire), ou lentement, sans réaction, sans douleurs, les seuls symptômes qui attirent l'attention du malade ou du médecin étant la diminution progressive de l'acuité visuelle et le rétrécissement nasal du champ visuel (glaucôme chronique simple). Mais dans les trois cas, la sclérotique ne bouge pas ; la poussée se fait du côté de la papille. Au contraire, *chez l'enfant,* la sclérotique se laisse distendre, l'œil augmente d'étendue dans tous ses diamètres, par conséquent devient très myope, mais le nerf optique n'en souffre pas, jusqu'au jour où la sclérotique a atteint sa limite d'extensibilité ; ce jour-là, le glaucôme de l'enfant devient un glaucôme d'adulte, la papille s'excave, et si l'on n'intervient pas, la vision est perdue, comme elle se perd chez l'adulte lorsque l'on n'a pas pratiqué à temps une *iridectomie* ou une *sclérotomie* (iridectomie dans les deux premières formes, et sclérotomie dans le glaucôme chronique simple) (1).

OBSERVATION I. — Au mois de juin 1883, M. le docteur Ernest Besnier m'envoya, à ma clinique de la rue Monsieur-le-Prince, un enfant de 3 ans, dont les yeux avaient démesurément grossi depuis quelques mois. En effet,

(1) On verra plus loin que dans un cas la cornée seule se distendit tout d'abord, et constitua un véritable *kératoglobe*, qui, pour moi, n'est aussi qu'une variante du glaucôme, la cornée présentant, en pareil cas, moins de résistance que le nerf optique.

les deux globes oculaires faisaient une forte saillie. Les pupilles étaient dilatées, les veines scléroticales dilatées, la sclérotique bleuâtre, etc. On avait affaire à une *hydrophthalmie*, que je considère absolument comme étant le glaucôme de l'enfant, ou la première période d'un glaucôme qui sera en tous points semblable au glaucôme de l'adulte, le jour où la sclérotique ne sera plus extensible. L'examen de l'œil à l'image droite dénotait un fort état myopique (16 dioptries), ce qui indiquait un allongement considérable de l'axe antéro-postérieur de l'œil. Au dire de la mère, l'œil avait augmenté par poussées successives ; ces poussées s'accompagnaient de rougeur de la conjonctive, et à ces moments-là, l'enfant souffrait visiblement. Je proposai de pratiquer une double iridectomie, et je prévins la mère que je considérais les yeux comme devant être perdus dans un avenir peu éloigné, si l'on n'intervenait pas rapidement. L'allongement considérable de l'axe antéro-postérieur de l'œil, la distension générale de la sclérotique, m'indiquaient suffisamment que les membranes de l'œil touchaient à leur limite de distension, et qu'avant peu le nerf optique serait refoulé en arrière. Je prévins mes auditeurs de cette éventualité, que je considérais comme certaine, si l'enfant n'était pas opéré. Trois mois se passèrent, sans que l'on m'amenât le petit malade. M. Besnier n'en avait plus, de son côté, entendu parler, lorsque, au mois de septembre, la mère revint avec son enfant, me disant que cette fois elle était décidée à le faire opérer. Les racontars de l'un et de l'autre (ce qui arrive journellement) l'avaient empêché de venir me revoir plus tôt. Malheureusement il était trop tard. La transformation que je redoutais s'était produite. Les yeux n'avaient plus guère augmenté de volume, mais ils étaient durs ; la tension s'était notablement accrue. Les pupilles fortement dilatées, les cornées ternies, les nerfs optiques très excavés et atrophiés. Il n'y avait plus de perception lumineuse. L'enfant était complètement et irrémédiablement aveugle. Toute intervention ne pouvait plus avoir pour but que de calmer les douleurs, en détendant le globe de l'œil. Chez cet enfant, la transformation du glaucôme infantile en glaucôme vrai s'était faite rapidement, parce que chez lui, l'hypersécrétion étant très active, l'équilibre entre le contenant et le contenu n'avait pas tardé à être rompu. La sclérotique avait atteint en peu de temps sa limite de distension.

Obs. II. — Mlle X..., âgée de 19 ans, vient me consulter au commencement d'août 1884.

Elle est pâle, anémiée, fatiguée par les douleurs qu'elle éprouve depuis cinq ans dans l'œil droit, et dans toute la tête du même côté. Depuis 1879, elle souffre, et depuis cette époque son œil a augmenté de volume, au point d'être, à l'heure actuelle, très saillant. Il a grossi par *poussées successives*. Chaque poussée était accompagnée de *douleurs*, et en même temps l'œil se déviait en dehors. Il y a cinq ans, *Mlle X... n'était pas myope;* elle voyait à de grandes distances des deux yeux. Aujourd'hui, elle est obligée de rapprocher considérablement les objets pour les voir avec l'œil droit. Ce sont les douleurs qu'elle éprouve qui l'ont décidée à venir me demander un avis, quoique depuis cinq ans les conseils ne lui aient pas été ménagés, mais conseils très vagues et ne se basant sur aucune donnée scientifique. L'un accusait l'anémie, et ordonnait du fer; l'autre prescrivait du sulfate de quinine. Un troisième, sans même s'assurer de la tension du globe de l'œil, et sans s'enquérir des changements qu'avait subis la réfraction depuis le début de la maladie, avait conseillé simplement la ténotomie du droit externe. En un mot, aucun examen sérieux n'avait été pratiqué.

Cette jeune fille donc, il y a cinq ans, avait une vision absolument normale. Aujourd'hui, l'examen avec le miroir ophthalmoscopique démontre l'existence d'une myopie de 15 dioptries. L'axe antéro-postérieur de son œil s'est par conséquent allongé de 5 millimètres depuis cette époque

(1 millimètre par 3 dioptries). Le globe oculaire est devenu très saillant. La sclérotique s'est distendue dans tous ses diamètres. Cette distension s'est faite par poussées accompagnées de phénomènes douloureux. Si la sclérotique ne s'était pas distendue sous l'effort de la pression interne, que serait-il arrivé? Incontestablement, la papille se serait excavée, et l'on aurait eu affaire à un glaucôme, très probablement chronique inflammatoire. Mais M[lle] X... avait une sclérotique extensible, une sclérotique d'enfant; elle a eu un glaucôme infantile. Depuis un mois, les douleurs sont devenues plus violentes. Nous allions évidemment assister à la transformation en glaucôme d'adulte, la sclérotique étant arrivée à sa limite d'extensibilité. Heureusement pour elle, cette transformation ne s'est pas produite, car l'on est intervenu à temps pour l'empêcher.

Pour en revenir à l'examen ophthalmoscopique, la choroïde est atrophiée par places; le bord interne de la papille est entouré d'un staphylôme postérieur, et les vaisseaux commencent à se déjeter du côté temporal en faisant un très léger coude sur le bord même de la papille. Incontestablement, quelques jours ne se seraient pas passés avant que l'on n'eût affaire à un véritable glaucôme.

Une large iridectomie supérieure a été pratiquée dès le lendemain de la première consultation. Le résultat immédiat a été excellent. Suppression absolue des douleurs. La nuit consécutive à l'opération, la malade a dormi comme elle ne l'avait pas fait depuis longtemps. Comme pansement, compresse enduite de vaseline boriquée, coton hydrophile, deux tours de bande de tarlatane. Le quatrième jour, le pansement est supprimé, et est remplacé par un simple linge flottant.

M[lle] X... n'a plus souffert un seul instant. L'œil s'est détendu tout de suite. La projection en avant a considérablement diminué.

L'acuité visuelle est bonne, après correction avec un verre concave approprié à l'anomalie de réfraction.

Le troisième fait diffère des deux précédents, en ce sens que, sous l'influence de la pression intra-oculaire, la cornée seule s'est distendue. Mais la marche de la maladie, l'évolution clinique des différents symptômes ont été identiques. Diminution graduelle de la vision éloignée, poussées successives, tension douloureuse du globe de l'œil, etc., rien n'y a manqué; mais, ici, la cornée seule a cédé à la pression, soit que la sclérotique ait été moins extensible, soit que la résistance de la cornée ait été extrêmement faible. Mais il n'y a pas de raison pour ne pas faire entrer dans la famille des glaucômes ce cas de kératoglobe dont je raconterai l'histoire en quelques mots. Ici, comme là, il y a eu incontestablement *exagération de la pression intra-oculaire*. Si la cornée avait résisté, le nerf optique se serait excavé, et le glaucôme de l'adulte eût été constitué. Malheureusement, je n'ai vu le sujet que deux fois, à huit jours d'intervalle, et il y a de cela plus d'un an. J'ai proposé une iridectomie, qui avait été acceptée en principe; mais elle n'a pas été pratiquée. Je ne sais pas si la maladie est restée stationnaire, ou si la transformation en glaucôme vrai s'est opérée depuis cette époque. J'ai tout lieu de le croire.

Obs. III. — M. P..., âgé de 20 ans, se présente à ma consultation au mois de septembre 1883. Il se plaint de ce que, depuis quelque temps, sa vision a considérablement baissé du côté gauche, et commence à décliner du côté droit. Au premier abord, on est frappé de l'éclat des reflets cornéens, surtout à gauche. A l'éclairage latéral, on remarque l'étendue énorme de la chambre antérieure et la saillie uniforme, globuleuse, que fait en avant la cornée, qui, du reste, est transparente sur toute sa surface et ne présente pas la plus petite tache, le moindre néphélion. Avec le miroir, on constate l'existence d'un astigmatisme myopique énorme; la papille est déformée, mais nullement excavée; et cet astigmatisme myopique ne

remonte pas à plus de deux ans! Il s'est fait peu à peu, graduellement, par petites poussées. M. P... est très affirmatif sur ce point. Qu'est-ce donc que cette maladie qui peu à peu distend la cornée, la rend globuleuse, si ce n'est une forme de glaucôme qui, au lieu d'excaver le nerf optique, refoule en avant la cornée peu resistante?

Du côté droit, la vue ne commençait guère à baisser que depuis deux mois. La myopie était de trois dioptries. Ici encore, le malade affirmait qu'il n'était pas myope du tout de ce côté. La cornée faisait une légère saillie, mais infiniment moins prononcée qu'à gauche. Pour moi, il n'y avait pas de doute, c'était la même maladie des deux côtés, une forme de glaucôme anormale, et justiciable du même traitement : *sclérotomie* ou *iridectomie*. Qu'en est-il advenu? Si jamais je le sais, je me promets de revenir sur cette question, et, quoi qu'il advienne, de tenir au courant de cette curieuse histoire les lecteurs qui ont bien voulu me suivre jusqu'au bout de ce travail.

En résumé, le glaucôme existe chez l'enfant comme chez l'adulte; l'hydrophthalmie se rencontre chez l'adulte comme chez l'enfant (proposition autrefois contestée). Tout est affaire d'*élasticité scléroticale* (1).

Association française pour l'avancement des sciences.

XIIIe SESSION — CONGRÈS DE BLOIS (2).

Séance du samedi 6 septembre 1884.

L'ordre du jour était tellement chargé qu'il a fallu faire dans l'après-midi une séance supplémentaire de trois heures.

M. le docteur Motais, chef des travaux anatomiques à l'Ecole de médecine d'Angers, a présenté un ongle chirurgical qui a les mêmes usages que celui de Récamier, mais qui en diffère en ce qu'il est échancré à sa partie antérieure, de façon à ce que la pulpe du doigt puisse reconnaître les tissus et guider mieux l'instrument.

Une autre présentation du même orateur a vivement intéressé la section ; il s'agissait d'une nombreuse série de pièces anatomiques destinées à montrer la capsule de Tenon dans toute la série des vertébrés, et à tirer de leur comparaison des données nouvelles sur l'anatomie et la physiologie de cette capsule. Toutes ces pièces étaient disséquées et préparées avec la plus grande netteté.

A propos d'un cas rare d'artérite syphilitique, observé chez un malade quatre ans après le début du chancre, et accompagné de phénomènes cérébraux, M. Leudet a fait sur cette affection une leçon des plus instructives. Il a montré que dans ce cas l'artérite de la temporale superficielle des deux côtés, coïncidant avec des troubles cérébraux, douleur, amnésie, semblait indiquer une lésion concomitante du cerveau. L'induration caractéristique de l'artérite, survenue par tubes, en même temps que disparaissaient les battements de l'artère et que les troubles cérébraux s'aggravaient, a diminué peu à peu sous l'influence de l'iodure de potassium ; en même temps les autres phénomènes s'amendaient, les battements reparaissaient dans les artères temporales et les troubles cérébraux suivaient une marche rétrograde. Ce fait est donc très important, aussi bien au point de vue de la curabilité de l'artérite syphilitique qu'au point de vue de la curabilité de la syphilis du cerveau.

M. Delthil (de Nogent-sur-Marne) qui continue avec persévérance ses recherches sur le traitement de la diphthérie par la combustion d'un mélange de goudron de gaz et

(1) Cette note était terminée, et j'avais choisi la question du glaucôme infantile comme sujet d'une de mes conférences cliniques, lorsqu'un de mes auditeurs me fit observer qu'il avait vu cette idée émise dans le *Traité des maladies des yeux* de M. Abadie. Ayant l'habitude de rendre à chacun ce qui lui appartient, je m'empresse de reconnaître que M. Abadie a le premier saisi cette transformation du glaucôme infantile en glaucôme d'adulte. Mes observations viennent donc corroborer une idée émise avant moi. Je suis heureux de me trouver d'accord, sur un sujet fort délicat de clinique, avec un des maîtres de l'ophthalmologie.

(2) Suite. — Voir le numéro du 13 septembre 1884.

d'essence de térébenthine, a exposé les résultats de sa pratique jusqu'à ce jour. Dans les 29 cas où le traitement a été appliqué soit par M. Delthil lui-même, soit d'après ses indications, la guérison a eu lieu ; 14 fois le croup était arrivé à la dernière période, 11 fois la trachéotomie a pu être évitée ; dans les trois autres cas, la trachéotomie a été faite avec succès. Un point remarquable de cette statistique concerne les assistants ; sur 182 personnes qui ont soigné ces 29 malades, une seule a été atteinte de diphthérie, et encore fut-ce d'une façon bénigne, ce qui semblerait indiquer une action prophylactique très nette du traitement thérébenthiné sur la diphthérie. Quelques mots maintenant sur le mode de traitement auquel s'est arrêté M. Delthil.

Si la diphthérie ne paraît pas devoir être grave, on se contente de faire dans la pièce des évaporations d'essence de térébenthine brute, non rectifiée, en plongeant un vase contenant environ 8 à 10 cuillerées d'essence de térébenthine dans un bain-marie maintenu à une température d'environ 60°. La vaporisation des carbures produits de la sorte suffit dans la plupart des cas pour enrayer une angine diphthérique prise au début.

Dans les cas graves, on verse une cuillerée à bouche de goudron de gaz (ne pas prendre du goudron de Norwège dont les fumées ne sont pas respirables) plus une cuillerée d'essence de térébenthine brute, non rectifiée, dans un vase en métal ou en terre réfractaire, mis lui-même sur un plateau métallique pour éviter les accidents de combustion ou d'incendie en cas de rupture du récipient. On met le tout sur le plancher de la chambre ; puis on allume le mélange en tenant un instant sur la flamme d'une bougie la cuiller qui sert à verser l'essence, et qu'on plonge incandescente dans le mélange.

On choisit de préférence une petite pièce dans laquelle on transporte le malade pendant une demi-heure à chaque fumigation, puis on le rapporte dans sa chambre où il est soumis aux évaporations constantes d'essence de térébenthine maintenue à 60°.

Comme traitement local, on pulvérise dans le fond de la gorge, toutes les heures, de l'eau de chaux, ou bien on badigeonne la région avec le jus de citron, la benzine, l'eau phéniquée.

Un vétérinaire, M. Cagny, doué d'un remarquable talent de parole, a ensuite passé en revue les applications de la ligature élastique à la chirurgie vétérinaire : ablation de tumeurs, amputation de la queue, castration, hémostase; dans un cas d'hémorrhagie grave, chez l'homme, il a appliqué, comme ligature d'attente, un lien circulaire en caoutchouc qui a arrêté parfaitement l'écoulement sanguin.

M. le professeur Duplouy, de Rochefort, a présenté un malade atteint d'induration des corps caverneux, affection que M. Verneuil considère comme caractéristique du diabète. Cette fois le malade n'était pas glycosurique, mais il avait une soif vive, des urates en quantités dans l'urine et des troubles cérébraux. La recherche du sucre dans l'urine n'a été faite qu'une fois, et peut-être s'agit-il là d'un cas de diabète intermittent. La question du traitement ayant été soulevée, M. Verneuil a fait remarquer qu'on ne pouvait enlever ces indurations, qui sont fort gênantes à la vérité pour le coït, mais qui seraient remplacées par une cicatrice qui jouerait certainement le même rôle que les nodosités en courbant la verge dans l'érection. Autre point, qui concerne le diagnostic. Une de ces nodosités s'est ulcérée chez un malade de M. Verneuil et a pris toutes les apparences de l'épithélioma. La compression élastique a, dans ce cas, amené une diminution de la lésion.

Le cœur est-il sensible? Oui, a démontré M. Fr. Franck, et de plusieurs manières : il y a d'abord une sensibilité propre, appréciable à l'état normal, sous forme de choc, et, dans les cas de dilatation, par une sensation de plénitude; puis, en outre des sensations perçues, la sensibilité de l'organe est prouvée par les réactions que subit l'organisme sous l'influence des irritations du cœur dans l'expérimentation, réactions sur le poumon, la vessie, l'iris, les vaisseaux et le cœur lui-même.

M. Nicaise rappelle, à l'appui des opinions de M. Franck, une observation publiée il y a quelques années par M. Gallard, et dans laquelle une aiguille implantée accidentellement dans le péricarde et irritant la paroi du cœur par sa pointe donna lieu, à deux reprises différentes, à des symptômes qui firent croire à un empoisonnement : diarrhée, vomissements, pâleur, douleur précordiale. On ne fit pas de diagnostic, et ce fut seulement à l'autopsie qu'on reconnut la cause des accidents.

Après avoir fait l'éloge des manipulations thérapeutiques, parmi lesquelles le massage n'a qu'une petite place, dans le traitement curatif et prophylactique de diverses affections, articulaires et autres, polysarcie, varices, etc., M. Dally émet le vœu que la gymnastique médicale devienne l'objet d'un enseignement officiel ; que la section demande à qui de droit la création d'un gymnase dépendant de la chaire de physiologie de toutes

les Facultés. L'assistance a paru accueillir ce vœu avec une indifférence qui ne lui présage pas beaucoup de chances d'être adopté.

Depuis quelque temps, M. Dujardin-Beaumetz étudiait avec MM. Pasteur et Roux les moyens de désinfection des locaux où avaient séjourné des malades atteints d'affections contagieuses. A l'hôpital Cochin, deux salles ont été consacrées à l'isolement; elles cubent environ 100 mètres; c'est à peu près les dimensions des logis des pauvres; on a laissé dedans les objets qui ont servi. M. Dujardin-Beaumetz a fait part au Congrès des résultats des expériences faites en commun à ce sujet avec MM. Pasteur et Roux.

Le brome, préconisé par les Allemands, contenu dans des bouteilles qu'on brise en les jetant dans le local infecté, n'a pas une force de pénétration suffisante au sein des objets à désinfecter, les matelas, par exemple. Le sulfate de nitrosyle est inapplicable, parce qu'il détruit les objets; le chlore, de même, parce qu'il est difficile à manier; l'ozone ne peut être produit en assez grande abondance. Reste l'acide sulfureux, qui pénètre partout et ne détruit pas les objets. Il y a trois moyens de le dégager : 1° en brûlant du soufre; 2° en laissant évaporer de l'acide sulfureux liquéfié; 3° en brûlant du sulfure de carbone. Le premier moyen est infidèle, le deuxième trop coûteux, le troisième seul peut être employé d'une manière pratique, à l'aide d'une lampe spéciale pour le brûler; pour 100 mètres cubes, il faut 2 kilogr. 300 gr. de sulfure de carbone, qui coûte 50 centimes le kilogramme; l'acide sulfureux ainsi obtenu a la même pénétration que par les autres procédés et sa préparation ne cause non plus aucun dégât. Après la combustion, on laisse la pièce fermée pendant vingt-quatre heures, et on a soin de boucher les ouvertures pour que le produit de la combustion reste aussi concentré que possible.

M. J. Teissier (de Lyon) a décrit ensuite une forme de cardiopathie consécutive aux affections de la moelle, et qui consiste dans une perforation des valvules; cette perforation est le résultat de troubles trophiques qui donnent naissance peu à peu à un véritable mal perforant des valvules. A côté de cette forme en existe une autre qui a la même origine spinale, mais qui est analogue aux troubles par irritation du grand sympathique; il en résulte une dilatation du cœur analogue aux dilatations des capillaires par irritation des nerfs vaso-moteurs. Dans un cas où la lésion spinale avait pour cause un coup violent porté sur la nuque, il existait en même temps des phénomènes cardiaques, souffle, palpitations, faux pas, et une rougeur vive de la peau de la région cervicale; tous ces phénomènes disparurent sous l'influence de la guérison de la lésion spinale.

M. Nicaise a fait ensuite une intéressante communication sur les causes de la localisation des cancers secondaires. Dans un certain nombre de cas, les cancers secondaires se localisent dans des points où existent des éléments non utilisés mais persistants de la formation primitive des organes, par suite d'inclusion, comme à la bouche, à l'anus, à l'utérus, ou dans les os (Virchow), dans l'ovaire, dans les mâchoires, où M. Reclus a décrit une variété d'épithélioma de cette nature. Mais les cancers, lorsqu'ils existent dans un organe, peuvent se localiser aussi dans des points où siégeait, depuis un temps variable, une lésion permanente. Ainsi, une femme de 56 ans, atteinte de cancer de l'utérus, présentait depuis quatre ou cinq ans une hernie ombilicale graisseuse irréductible; à cette époque, la tumeur devint dure, résistante; on diagnostiqua un cancer de l'épiploon. La malade mourut de péritonite ultime et, à l'autopsie, on reconnut que la portion herniée seule était cancéreuse. Un autre fait du même genre a été observé par M. le docteur Vauthier (de Troyes). Un malade présentait depuis longtemps deux petites hernies graisseuses de la ligne blanche lorsqu'on reconnut chez lui un cancer de l'estomac. Les petites tumeurs devinrent peu à peu dures et douloureuses, et augmentèrent de volume. On fit l'ablation de l'une d'elles, qui présentait tous les caractères du cancer, et dix jours après l'opéré s'éteignait, sans fièvre, sans péritonite, comme meurent les sujets atteints de cancers profonds. M. Nicaise conclut de ces faits que les lésions antérieures à l'apparition du cancer peuvent devenir, en cas de généralisation, le siège des localisations secondaires du néoplasme.

M. le docteur Henri Henrot (de Reims) a été nommé, par 33 voix sur 39 votants, président de la section des sciences médicales pour la session de 1885.

(*A suivre.*) L.-H. Petit.

BIBLIOTHÈQUE

Contribution a l'étude du mécanisme de la mort par les courants électriques intenses, servant a la lumière électrique, etc., par le docteur E. Grange. — Paris, 1884 ; G. Masson.

Conclusions. — Le bulbe rachidien nous paraît être le point de l'encéphale le plus sensible à l'action des courants électriques intenses. Cet organe agissant comme centre d'innervation exerce son influence sur la respiration, puisque la destruction isolée d'un faisceau intermédiaire du bulbe en produit la suspension instantanée. Or, dans toutes nos expériences, la respiration a été suspendue, même avec des courants d'intensité très faible.

Le bulbe exerce aussi son action sur le cœur par l'intermédiaire du pneumogastrique, et nous avons toujours trouvé le cœur dans le relâchement.

Le bulbe est donc la partie de l'encéphale sur laquelle se porte surtout l'action du courant, et dans chacune de nos autopsies, nous avons trouvé qu'il était le siège, soit d'un piqueté hémorrhagique intense, soit d'une hémorrhagie capillaire parfaitement capable d'expliquer la mort.

Au point de vue physique, de toutes ces expériences il semble résulter clairement que c'est la variation brusque de potentiel qui agit d'une façon dangereuse sur l'organisme, puisque la mort instantanée a été produite par des interruptions multiples d'un courant qui, non interrompu, est parfaitement supporté. Nous croyons pouvoir en conclure que les générateurs électriques à courants alternatifs sont incomparablement plus dangereux que ceux à courants continus et cela pour deux raisons :

1° Parce que l'effet dangereux, qui, avec les courants continus, n'existe qu'au moment initial, se prolonge avec les courants alternatifs pendant toute la durée du passage du courant ;

2° Parce qu'à égale force électromotrice, les générateurs à courants alternatifs produisent une variation de potentiel double de celle que produisent les générateurs à courants continus.

Qu'il nous soit permis de tirer de tous les faits qui précèdent une dernière conclusion, c'est qu'il est nécessaire de réglementer l'emploi industriel des courants intenses, et nous ne saurions mieux faire que de reproduire le passage suivant du rapport de M. le professeur Gariel, aux conclusions duquel nous nous associons complètement :

« Les accidents du genre de ceux qui se sont produits le 6 août ne sont pas absolument rares, et l'on en connaît plusieurs exemples en France, en Angleterre, en Autriche. Il n'est pas douteux que, avec l'extension de l'emploi du courant électrique pour transporter à distance l'énergie sous toutes ses formes, les accidents analogues se multiplieront, si l'on ne parvient à les empêcher par une réglementation qui devra écarter en même temps les causes d'incendie provenant des courants ».

Des règlements de ce genre ont été proposés en Amérique et en Angleterre. En Amérique, le règlement auquel nous faisons allusion est imposé par certaines compagnies d'assurance aux usines éclairées à la lumière électrique ; en Angleterre, ils émanent, à titre de conseil, de la Society of telegraph enginers and electricians. Ils ne nous paraissent pas assez complets pour qu'on puisse en proposer l'adoption ; mais il conviendrait d'établir au plus tôt un règlement qui deviendrait obligatoire.

Pour l'établissement de ce règlement, qui exigerait des connaissances très spéciales, on pourrait par exemple charger de l'étude de la partie spéciale, la Société française de physique, qui, renfermant à la fois des physiciens, des ingénieurs, des directeurs d'usines, fournirait sans peine les éléments d'une commission absolument compétente à tous les égards.

Etudes sur la Pathologie du Rein, par Cornil et Brault, avec 16 planches hors texte. Félix Alcan, éditeur, 1884.

Rendre compte d'un ouvrage où deux anatomo-pathologistes d'une compétence indiscutée ont réuni l'ensemble de leurs travaux sur les maladies du rein, serait une tâche assez délicate pour décourager le critique, s'il ne se sentait soutenu par sa respectueuse admiration pour le maître et par son estime sympathique pour le disciple.

Depuis plusieurs années, M. le professeur Cornil et M. le docteur Brault, son élève, ont publié, soit isolément, soit en collaboration, de nombreux et importants travaux sur le rein. Un jour est venu où leurs recherches, exposées sous la forme de thèses, de mémoires, de leçons, embrassaient la plus grande partie de la pathologie de cet organe.

Ils ont eu l'excellente idée de les réunir en un volume, de les fondre en un tout harmonieux qui forme comme un corps de doctrine.

Nous les en félicitons. car si les progrès accomplis depuis quelques années dans l'étude des maladies du rein demeurent peu connus de la part des médecins, c'est que ceux-ci ne peuvent se tenir au courant des publications anatomo-pathologiques insérées dans les recueils périodiques spéciaux, soit par faute de loisir, soit par difficulté de se les procurer.

La première partie du livre comprend, outre quelques considérations préliminaires touchant l'histologie normale, l'anatomie pathologique générale du rein, les altérations des cellules épithéliales, les troubles de sécrétion et la formation des cylindres, les lésions des parois des tubes, les altérations si importantes et si imparfaitement décrites encore des glomérules (glomérulites aiguë, subaiguë et chronique), les lésions du tissu conjonctif, des artères et des veines.

Le lecteur, ainsi préparé, comprendra facilement la description des altérations du rein prises en particulier. Après l'étude de la congestion rénale et des infarctus du rein, les auteurs abordent celle des néphrites, qui nous a paru traitée d'une manière remarquable, suivant un plan d'une louable originalité.

MM. Cornil et Brault font observer avec raison qu'ils se trouvaient ici en présence d'un des plus difficiles problèmes de l'anatomie pathologique. « Définir la néphrite ou les néphrites paraît impossible aujourd'hui, et l'on a rangé sous cette dénomination des altérations bien dissemblables... Si l'on excepte la dégénérescence graisseuse et les tumeurs, toutes les autres altérations du rein ont été rangées sous le vocable de néphrites, et l'on voit chaque jour employer couramment les expressions de néphrite suppurée, néphrite congestive, néphrite interstitielle, néphrite amyloïde. Y a-t-il un lien quelconque entre ces quatre espèces? Nous ne le pensons pas . La congestion aiguë ou chronique peut être décrite à part et distraite avantageusement du groupe des néphrites. On peut également retrancher de ce groupe la néphrite amyloïde qui est une altération purement dégénérative, isolée ou associée à d'autres lésions du parenchyme. Quant à la néphrite suppurée, elle forme une espèce bien distincte et mérite une place à part.

Pour les autres altérations du rein, le terme générique de néphrite peut être conservé jusqu'à nouvel ordre, mais c'est là un terme d'attente et qui donne une idée bien imparfaite de la nature intime du processus pathologique. La nature inflammatoire de la néphrite interstitielle n'est rien moins que prouvée ; quelques auteurs n'en font même pas une altération rénale proprement dite.

En dehors de la néphrite suppurée, le seul groupe qui subsiste intact est celui des néphrites qui ont été dénommées « parenchymateuses ».

Cette dernière expression paraît d'ailleurs impropre à MM. Cornil et Brault, et ils ont essayé d'établir une classification plus rationnelle en s'appuyant exclusivement sur des caractères anatomo-pathologiques.

« Lorsqu'on étudie avec soin, à ce point de vue, les néphrites, disent-ils, on remarque que les lésions portent tantôt sur tous les éléments du rein, très inégalement sans doute, mais sur tous ; tantôt au contraire elles portent spécialement, et dès le début, sur un des éléments du rein, à l'exclusion des autres. Dans le premier cas, les altérations sont générales ou généralisées, totales, diffuses; dans le second, elles sont locales ou localisées, partielles, systématiques. Chacun de ces groupes donnera donc lieu à deux classes bien tranchées de néphrites. Les premières seront les *néphrites diffuses*, les secondes, les *néphrites systématiques*. Les néphrites diffuses peuvent se présenter à l'état aigu, à l'état subaigu ou à l'état chronique. Les néphrites systématiques, au moins celles que nous connaissons jusqu'à ce jour, sont subaiguës ou chroniques d'emblée, elles portent primitivement soit sur l'élément glandulaire, soit sur l'élément vasculaire de l'organe. Celles qui atteignent la portion glandulaire ont leur type le mieux défini dans la néphrite saturnine expérimentale ; celles qui se localisent sur les vaisseaux correspondent à la néphrite interstitielle proprement dite, à la sclérose rénale d'origine artérielle... Quant aux néphrites diffuses dans leurs différents états, elles correspondent aux néphrites dites parenchymateuses ou épithéliales, néphrites superficielles et profondes. »

Les auteurs ajoutent avec raison que cette classification est plus naturelle que celle qui prend pour point de départ la notion étiologique ; car « l'observation démontre que des maladies générales et constitutionnelles bien différentes entre elles peuvent déterminer dans le rein le même trouble réactionnel, c'est-à-dire la même néphrite ».

Comme type des néphrites diffuses aiguës, ils decrivent la néphrite cantharidienne expérimentale ; puis, chez l'homme, les néphrites des maladies générales, en y établissant des subdivisions, suivant qu'il y a prédominance dans le processus de phénomènes congestifs et inflammatoires, de phénomènes de diapédèse ou de lésions dégénératives.

Nous trouvons dans les néphrites diffuses, subaiguës et chroniques, celles où prédominent les lésions des glomérules (glomérulo-néphrite) ; celles où prédominent soit les lésions épithéliales, soit les lésions du tissu conjonctif.

Parmi les néphrites systématiques sont la cirrhose glandulaire telle qu'elle se montre dans la néphrite saturnine expérimentale ou chez l'homme, la cirrhose vasculaire (atrophie primitive ou granuleuse, néphrite interstitielle proprement dite).

Suit un chapitre du plus haut intérêt intitulé : *Remarques générales sur les néphrites*, où MM. Cornil et Brault, s'élevant bien au-dessus des questions histologiques, discutent avec une grande largeur de vues les problèmes de pathologie générale et de clinique soulevés par l'étude des néphrites. Nous y avons retrouvé avec plaisir des idées exprimées dans certaine Revue critique, publiée en 1882 par M. Brault dans les *Archives de médecine*, et fort remarquée à cette époque, sur les rapports qui existent entre les néphrites, telles qu'on les connaît aujourd'hui au point de vue anatomo-pathologique, et la maladie ou le mal de Bright. La conclusion en est que « l'expression de maladie de Bright appliquée au rein n'a pas aujourd'hui plus de valeur que l'expression de dyspepsie appliquée à la pathologie de l'estomac, ou d'asystolie appliquée à la pathologie du cœur.

Puis vient une esquisse rapide de la symptomatologie des néphrites dans ses rapports avec les formes anatomo-pathologiques, et une courte discussion sur les explications pathogéniques proposées par les auteurs, notamment sur la théorie de Semmola pour le mal de Bright.

Enfin, après deux chapitres sur les dégénérescences graisseuse et amyloïde, sur les altérations du rein consecutives à la ligature, à la compression ou à l'obstruction des artères, l'ouvrage se termine par une étude sur les lésions du rein en relation avec les différentes espèces de bactéries. La compétence toute spéciale du professeur Cornil sur cette question donne à ce dernier chapitre une importance que l'on comprendra.

En résumé, la publication du livre de MM. Cornil et Brault est une heureuse fortune pour les médecins qui, nous le disions en commençant, tout en sachant que d'importants progrès avaient été réalisés depuis quelques années dans l'étude des maladies du rein au point de vue anatomique, se trouvaient un peu embarrassés pour en prendre connaissance. Ils n'auraient plus d'excuse maintenant. Paul Le Gendre.

Sociétés médicales des départements

Les travaux de la Société de médecine de Saint-Etienne et de la Loire pendant le premier semestre de 1884.

Tout est au mieux dans la Société médicale stéphanoise. L'année dernière, par le zèle de ses membres, elle obtenait de la municipalité l'organisation d'un bureau d'hygiène. Elle possède donc l'oreille et la faveur de l'autorité, ce qui est rare en France, quand il s'agit des choses de la médecine. Aujourd'hui, je constate, autre témoignage de vitalité pour cette institution scientifique, que les séances du premier semestre de l'année actuelle ont été toujours bien remplies par des communications de réelle valeur.

Cette Société est donc en réelle prospérité de par l'activité de ses membres et leur sage esprit de décentralisation.

Parmi ces travaux, voici d'abord une note de M. Couturier sur le *rhumatisme cérébral*. L'observation qui a servi de point de départ à ce mémoire est un cas d'encéphalopathie rhumatismale avec phénomènes ataxiques, température de + 41, collapsus asphyxique et traitement par les bains froids répétés chaque fois que l'hyperthermie dépassait + 40. Pendant les bains, l'abaissement de la température axillaire était de 4 à 5 degrés. Finalement la guérison fut obtenue. On n'avait pas constaté les complications cardiaques que Frerichs signale 32 fois sur 37, et dont M. Jaccoud a aussi établi la fréquence. Enfin l'albuminurie a disparu avec l'hyperthermie : c'était donc une albuminurie par congestion rénale. Ce cas est un succès tout à l'actif du traitement hydriatique du rhumatisme aigu.

Dans la même séance, M. Grand présentait un jeune homme atteint d'un *traumatisme du crâne* à la suite duquel il eut une paralysie des deux nerfs moteurs oculaires externes, avec déviation des deux yeux en dedans et déviation de la bouche à droite. Il y avait donc lésion du crâne au point d'émergence des nerfs de la sixième et de la septième paire. Actuellement ces lésions persistent, de sorte que cette observation est une contribution à la pathologie des localisations cérébrales.

Le même auteur, observateur opiniâtre, lisait dans la séance suivante (22 avril) un autre travail relatif à l'*influence du coryza sur l'organe de l'ouïe et son traitement.* Les surdités d'origine nasale ne sont pas rares. Dans le diagnostic, les otologistes et les rhinologistes tiennent compte des relations de cause à effet. De là à démontrer l'importance d'un traitement actif contre le coryza, la distance n'est pas grande. M. Grand recommande donc de ne pas négliger cette intervention et donne un résumé des procédés thérapeutiques en usage contre les coryzas aigus et chroniques : cautérisation avec le nitrate d'argent en solution au centième ou pulvérisations de son mélange avec du talc dans la proportion de un vingtième, administration de l'atropine, douche nasale de Weber et enfin galvano-caustique. Ce mémoire est écrit avec précision et riche en nombreux détails pratiques.

Voici une autre observation qui, à côté de son mérite clinique, possède aussi celui de n'être pas vulgaire. Elle a pour auteur M. Aulas (de Firminy), et pour sujet une *pleurésie diaphragmatique double* débutant par des douleurs sur le trajet des nerfs phréniques, se caractérisant ensuite par un épanchement pleurétique à droite, et quelques jours après par la production d'un épanchement semblable à gauche. La similitude des symptômes initiaux avec ceux du zona et de la lithiase biliaire devait légitimer les hésitations du diagnostic au début, d'autant plus que les signes physiques de l'épanchement se manifestèrent tardivement et seulement après l'atténuation des douleurs.

Pour être complet, j'ajouterai que les *maladies régnantes* ont été l'objet d'un compte rendu où M. Couturier donne de nombreux détails sur la morbidité et la mortalité de l'agglomération stéphanoise. Ce rapport est donc à la fois d'intérêt local pour nos estimés confrères de la Loire et de haut intérêt général à titre de documents pour la statistique générale de la France. — C. E.

VARIÉTÉS

De l'influence du régime lacté sur la morbidité et la mortalité.

L'importance et la valeur thérapeutique de la diète lactée sont depuis longtemps reconnues de tous; mais l'adoption systématique de ce régime est à coup sûr moins fréquente.

Dans un récent mémoire, M. Callman, médecin d'un établissement charitable de New-York, *The Orphans home and asylum, of the protestant episcopal church,* fait connaître quelle est l'influence de l'alimentation lactée et végétale au point de vue de l'hygiène, de la médecine prophylactique et du développement des maladies.

Depuis la naissance jusqu'à la septième année, l'usage alimentaire du lait est, de tous les régimes alimentaires, le plus profitable, au dire de William Jenner, de Pavy d'Edward Smith et d'autres médecins des contrées de langue anglaise. M. Callman, qui cite leurs noms et leur opinion, aurait pu mentionner aussi les avis autorisés de nombre de médecins et d'hygiénistes de notre pays. Cet appui n'eût pas été inutile à la thèse qu'il soutient; en tout cas, c'eût été justice.

Leur opinion, ce me semble, lui eût été d'un plus grand secours que les allégations de M. Clouston, qui, dans le journal *The Practitionner* de 1881, attribuait au régime azote une influence funeste sur le développement du nervosisme, de certains états diathésiques, voire même — car on ne saurait aller trop loin dans cette voie — sur la versatilité du caractère!

Un autre médecin anglais, M. Dukworth, considère le régime lacté comme un des meilleurs moyens hygiéniques de prévenir le rachitisme et, dans les *Crovnian-Lectures* de l'année 1875, M. Radcliffe attribue la vigueur misculaire des highlanders écossais à leur alimentation presque exclusivement composée de gruau, et surtout de lait.

A New-York, dans l'Orphelinat de l'Eglise épiscopale, l'expérience sur la valeur de ce régime se poursuit depuis vingt-cinq ans avec succès, et sur une grande échelle; M. Callman attribue donc, sans hésitation, la faible morbidité des pensionnaires de cet établissement à l'alimentation presque exclusivement lactée à laquelle ils sont soumis.

Quel est donc ce régime (1)? Pendant toute l'année, le déjeuner et le souper se com-

(1) *The New-York medical Journal*, 29 mars 1884.

posent de lait additionné de pain ou de gruau de froment. Deux fois seulement, chaque semaine, le lait est remplacé par un mélange de gruau ou de hominy cuits avec la mélasse.

De novembre à mars, le dîner se compose de lait, de pain, de pommes de terre, de choux, de puddings au sagou ou au riz, d'œufs.

Le régime du semestre d'été ne diffère de celui de l'hiver que par la substitution, deux fois par semaine, d'un plat de lard grillé ou de morue séchée et par celle des fruits frais aux fruits cuits.

Jamais, depuis l'ouverture de l'établissement, aucun changement n'a été apporté à cette alimentation sans l'avis ou la demande du médecin; jamais la viande n'y a été consommée en quantité plus grande, de sorte que l'expérience dure depuis de longues années, au témoignage authentique des archives de l'établissement et des statistiques.

Malgré les antécédents héréditaires ou acquis de ces enfants, tous indigents et orphelins, la morbidité est des plus faibles. Ils sont admis à 1 an, et restent dans l'établissement jusqu'à 12 ans. Les plus petits, de 1 à 8 ans, n'ont pas d'autre régime. Ceux de 8 à 12 ans reçoivent trois fois par semaine une ration supplémentaire de viande au dîner.

Parmi ces pensionnaires, les convulsions, les troubles gastriques, la dysentérie et les diarrhées ne s'observent presque jamais, puisque. dans l'espace de vingt-cinq ans, on n'a pu signaler seulement un cas de diarrhée infantile. Il est vrai, ajoute M. Callman, qu'à cette époque on avait modifié le régime par l'addition de la viande à l'alimentation habituelle. Décidément, la viande est une grande coupable, de l'avis de notre confrère américain. Aussi, ce médecin n'hésite pas à faire honneur au régime presque exclusivement lacté, de la bonne santé habituelle de ces enfants. Il ajoute même, dans son enthousiasme pour cette alimentation et dans son horreur pour les viandes, que l'influence de ce régime se fait sentir pendant tous les âges de la vie humaine.

Soit : ce jugement est trop sévère; une critique serait aisée. Pour démontrer, — ce que tout le monde sait en Europe, — la possibilité de nourrir des enfants avec le lait et quelques aliments végétaux, il n'était pas nécessaire de déclarer la supériorité du régime de l'orphelinat de New-York sur une alimentation mixte telle qu'elle est pratiquée sur l'ancien continent. « Vouloir trop prouver nuit souvent à une cause, » ainsi le dit la sagesse des peuples; ce qui est vrai de par le bon sens l'est aussi de par l'hygiène; et voilà, certes, une réponse que la vieille Europe pourrait bien souvent, et avec quelque raison, ce me semble, faire aux végétariens et aux lacto-philanthropes de la jeune Amérique. — C. L. D.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 5 au 11 septembre 1884. — **Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.**

Décès : 985. — Fièvre typhoïde, 41. — Variole, 0. — Rougeole, 26. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 9. — Diphthérie, croup, 30. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 4. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 2. — Méningite (tubercul. aiguë), 34. — Phthisie pulmonaire, 202. — Autres tuberculoses, 17. — Autres affections générales, 74. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 50. — Bronchite aiguë, 17. — Pneumonie, 42, — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 80; au sein et mixte, 37; inconnues, 8. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 77 ; circulatoire, 57 ; respiratoire, 40 ; digestif, 64 ; génito-urinaire, 22; de la peau et du tissu lamineux, 4 ; des os, articulat. et muscles, 5. — Morts violentes, 32 — Causes non classées, 5.

Le service de Statistique a compté, pendant la semaine actuelle, 985 décès au lieu de 932, qui avaient été enregistrés la semaine dernière. La mortalité générale de Paris continue donc à être faible.

En ce qui concerne les maladies épidémiques, la comparaison des chiffres des dernières semaines conduit aux remarques suivantes :

La Fièvre typhoïde présente une notable aggravation (41 décès au lieu de 32), ce qui ne doit pas surprendre, puisque nous entrons dans la saison d'automne, où elle est toujours plus fréquente.

La Rougeole (26 décès au lieu de 18), présente une légère aggravation, mais on peut espérer qu'elle ne se maintiendra pas. Cette maladie se propageant surtout à l'école, nous appelons sur elle l'attention des médecins des écoles pour les quartiers de la Sorbonnet (1 décès cette semaine, 2 la semaine dernière, 1 la semaine précédente), Saint-Lamber- (4 décès cette semaine et 5 dans les trois semaines précédentes), Clignancourt, et sur-

tout pour le quartier de Belleville, où une épidémie de Rougeole règne depuis cinq mois, causant chaque semaine 1, 2, ou 3 décès.

La Diphtérie (30 décès au lieu de 27) se maintient au chiffre à peu près normal auquel elle est descendue depuis deux mois. La Coqueluche (9 décès au lieu de 7) et la Scarlatine (2 décès au lieu de 3) n'ont subi que des variations peu importantes. La Variole n'a pas causé un seul décès depuis trois semaines.

La Bronchite (17 décès au lieu de 11) et la Pneumonie (42 décès au lieu de 34) ont présenté l'une et l'autre une légère recrudescence. Au contraire la température modérée dont nous jouissons actuellement a réduit le nombre des décès enfantins par Athrepsie et Gastro-entérite (125 decès au lieu de 135). Ce chiffre est encore bien supérieur aux nombres que nous observions en mai (56 décès par semaine), en juin (67 décès) où la température était pourtant plus élevée ; mais bien inférieur aussi aux chiffres de juillet (209 décès) et d'août (224 décès par semaine). Ces résultats sont conformes aux règles ordinaires,le mois de septembre, même froid, étant toujours plus dangereux pour les enfants quele commencement de l'été.

Le service de Statistique a reçu notification de 389 mariages et de 1,159 naissances d'enfants vivants (607 garçons et 552 filles), dont 832 légitimes et 327 illégitimes; 54 de ces derniers, ont été reconnus immédiatement par l'un des parents ou par les deux.

Dr Jacques Bertillon.
Chef des Travaux de la Statistique municipale de la Ville de Paris.

FORMULAIRE

Traitement de l'otalgie. — Ladret de Lacharrière.

Pour combattre l'otalgie, si les douleurs sont intermittentes, on prescrit le valérianate de quinine, et si elles sont simplement rémittentes, on conseille le valérianate d'ammoniaque. Les préparations opiacées, les injections sous-cutanées de morphine, l'introduction dans le conduit auditif de liniments calmants sont particulièrement indiquées. A titre de traitement interne, on prescrit, selon la constitution du malade, le fer, l'arsenic ou l'iodure de potassium. — N. G.

COURRIER

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort, à Saintes Marie-aux-Mines (Haute-Alsace), de M. le docteur Scheffel, médecin-major au 101e régiment d'infanterie, récemment nommé mécecin en chef de l'hôpital militaire de Lille.

— Nous apprenons également avec regret la mort à Bucharest, de M. le docteur Davila, ancien chirurgien dans l'armée française, inspectear général du service sanitaire de l'armée roumaine, décédé le 7 septembre 1884.

Faculté de médecine de Paris. — M. le docteur Brun est nommé chef des travaux anatomiques du laboratoire de clinique médicale de la Pitié.

M. Berlioz, interne en pharmacie, est nommé chef des travaux chimiques du laboratoire de clinique médicale de la Pitié.

Hospice général de Tours. — La Commission administrative de l'hospice général de Tours donne avis qu'en vertu d'une délibération en date du 25 août 1884, deux concours pour la nomination aux places vacantes d'élèves internes et d'élèves suppléants en médecine et en chirurgie auront lieu dans le courant d'octobre prochain, conformément au règlement général de l'établissement.

Le concours pour l'internat est fixé au jeudi 2 octobre, à midi, pour l'épreuve écrite, et au vendredi 3 octobre, à neuf heures du matin, pour l'épreuve orale (salle d'Administration de l'hospice général).

Le concours pour la suppléance est fixé aux 9 et 10 octobre; il aura lieu au même lieu et aux mêmes heures que celui de l'internat.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs

Sommaire

BULLETIN

Une abonnée temporaire (nous la voudrions permanente, si sa fidélité nous valait de temps à autre une aussi aimable correspondance) nous avait demandé notre avis sur les chances d'une invasion du choléra dans la capitale. Nous avons répondu : Tout porte à croire (comme disent les médecins) que Paris n'est pas sérieusement menacé. Le fait est qu'il n'y a pas eu de nouvelles entrées à l'hôpital Bichat, et que la situation est des plus rassurantes. Sachant d'ailleurs que notre vénérée lectrice avait eu deux fois le choléra dans sa vie, nous lui avons soumis l'opinion qu'elle devait être *vaccinée* et pouvait, le cas échéant, laisser venir le fléau sans le craindre.

En récompense, j'ai reçu les lignes suivantes, véritable observation à laquelle je n'ôte rien que le nom de l'auteur, n'étant pas autorisé à le reproduire. Lisez-la, et dites s'il n'y a pas en France des femmes d'esprit capables de se mesurer avec les meilleurs élèves de Pasteur.

Monsieur,

D'abord merci et du fond du cœur ; je suis aussi touchée que reconnaissante, non seulement que vous m'ayez répondu, mais de la manière dont vous l'avez fait. Devant ce grand mystère du choléra, peut-être certains faits positifs pourront-ils vous paraître utiles. Je vous les raconte, trop heureuse s'ils peuvent servir à quelque chose.

J'ai eu un choléra très grave en 1849. M. Trousseau m'a soignée, j'ai eu les crampes, la période algide, la cyanose, j'étais bleue. Un mois après, j'ai eu une seconde attaque (je n'avais pas quitté Paris) d'un caractère tout différent, mais aucun doute possible sur la nature des évacuations. M. Trousseau, appelé à 10 heures du soir, m'a fait partir en poste le lendemain, me donnant un de ses internes pour m'accompagner. Dans le système actuel, me voilà donc vaccinée ; le second choléra, amoindri, semble confirmer l'atténuation par la culture du principe infectieux.

A l'épidémie qui suivit celle de 1849, il se passa pour moi un fait étrange. Nous étions au spectacle ; je fus prise de crampes cholériques, de ce froid qui ne ressemble à aucun autre ; je dus mettre mon manteau de sortie, quoique nous fussions en plein été. Rentrée chez moi, je dis au général : « Si le choléra était à Paris, je croirais en avoir senti les premières atteintes ». Le lendemain matin, mon mari entra chez moi une lettre à la main ; elle était de M. Trousseau, et disait : « Le choléra est à Paris, emmenez Mme de ... aujourd'hui même ». Nous partîmes.

En 1873, je n'avais pas entendu parler du choléra, je n'y songeais pas, je fus prise des mêmes symptômes. En l'absence de M. G. de Mussy, j'appelai un médecin ; il m'apprit que depuis plusieurs jours il y avait des cas de choléra, et en présence des phénomènes que j'éprouvais il jugea mon départ utile ; je partis.

Vous voyez, Monsieur, que je n'ai pas lieu d'être très rassurée par la théorie de la vaccination ; aussi me suis-je toujours souvenue du conseil de M. le docteur Delpech, professeur à la faculté de Montpellier, il y a près de soixante ans. Lorsque pour la première fois le choléra éclata en Europe, ce fut à Liverpool ; un cordon sanitaire entoura la ville, M. Delpech alla s'y enfermer pour étudier le mal terrible. A son retour à Montpellier, il me dit : « J'ignore si on trouvera un remède contre le choléra, mais ma conviction est que le meilleur sera toujours une voiture de poste et le fouet d'un postillon. » Malgré les efforts de la science, je crois qu'aujourd'hui, comme alors, le mot de M. Delpech exprime la vérité.

J'aurais suivi votre conseil, si M. Bergeron n'était venu hier et ne m'avait dit absolument les mêmes choses que vous. Je reste donc et j'en suis bien heureuse. Je tiens à

mourir chez moi, dans mon lit. Mais, malgré mes 85 ans, je trouve qu'il est bon de vivre ; c'est pourquoi je suis prête à partir, quand il y aura danger à rester.

Encore une fois, merci. Recevez, Monsieur, l'expression de ma parfaite considération.

Générale baronne de ...

Je ne veux pas discuter, madame, le degré d'immunité que vous pouvez conserver aujourd'hui contre le choléra, et qui n'est pas absolument contredit par les deux atteintes légères que vous pensez avoir subies. Mais je tiens à vous remercier d'avoir fait un instant diversion, pour nous et nos lecteurs, à la discussion interminable de l'Académie, d'où jaillit de moins en moins la lumière. Vous avez trop d'esprit et de bonne grâce pour en estimer moins notre science et nos vrais savants ; mais il faut avouer que certains des nôtres ont parlé, sur l'épidémie qui s'éteint, plus qu'on n'a jamais parlé sur aucune, et que leurs discours n'ont pas peu contribué à faire d'un mal relativement bénin un désastre pour la France. L'hygiène surtout, cette science trop jeune encore, s'est montrée inquiète et brouillonne, et je lui en veux de nous avoir attiré ce mot d'un ministre : « Les médecins sont bien envahissants ! »

— M. le docteur Duroziez nous demande la parole pour un fait personnel, à propos de l'article de M. Longuet sur le *pouls bulbaire*, paru dans notre numéro du samedi 13 septembre. Il s'agit d'une l'observation avec remarques lue dans la séance de la Société de médecine de Paris du 9 novembre 1878 (voy le *Bulletin)* et que nous avons reproduite dans l'*Union méd.*, 18 mars 1879, p. 448.

Cette observation, qui date de 1865, est celle de l'individu observé par Lasègue; il a couru tous les hôpitaux. Elle est intitulée : *Pouls à 14, syncopes, épilepsie. Dégénérescence graisseuse du cœur.* Je l'accompagne des réflexions suivantes : la lenteur du pouls a été remarquable, 14 par minute; nous l'avons trouvé à 16, 22, 28, 30, 32, jamais au-dessus. Il est bien probable que, lorsque le pouls était à 14 ou 16, il disparaissait une pulsation sur deux; la disparue était tellement faible que nous ne pouvions la saisir ni au cœur ni dans les artères. Le pouls a toujours été développé, presque vibrant. Le cœur était gros. Nous avons noté l'absence de tout claquement. Un souffle râpeux s'entendait à la pointe avec son maximum d'intensité, mais se retrouvait au niveau de l'orifice aortique et au-dessus; il accompagnait bien la systole et n'avait pas la forme du souffle en jet de vapeur de l'insuffisance mitrale. Qu'est-ce que les accidents nerveux éprouvés par ce malade? Qu'est-ce que ces pertes de connaissance, ces convulsions durant une seconde dont le malade ne s'aperçoit pas et dont l'aura part du creux épigastrique? Le début de la maladie s'est fait par une palpitation suivie d'une perte de connaissance. Nous avons de la peine à écarter l'idée d'épilepsie.

On retrouvera dans l'observation entière des détails que je ne puis consigner ici.

J'ai observé en octobre 1883, à la Charité, le nommé Gros, tailleur de pierre, 67 ans. Il a reçu sur la tête une solive et a des accidents depuis cette époque, du vertige, des demi-syncopes. Le pouls est à 30; il n'y en a pas plus au cœur. Les bruits sont un peu gros et durs, sans souffle; le deuxième bruit est dédoublé. On étudie facilement le pouls veineux, on saisit bien les mouvements entre deux systoles cardiaques, deux en dedans, deux en dehors; mais cela ne fait pas deux révolutions du cœur. Il meurt vers la fin d'octobre. M. Colleville, interne du service, me dit que la dégénérescence graisseuse du cœur était considérable. Le bulbe serait mal irrigué par un cœur graisseux.

M. le docteur Longuet ne pouvait, dans son intéressante revue critique, analyser en détail tous les fiats publiés. Parmi eux, nous rappelons avec plaisir celui de M. Duroziez, si compétent et si judicieux observateur dans cet ordre d'idées. — L.-G. R.

Association française pour l'avancement des sciences.

XIII[e] SESSION — CONGRÈS DE BLOIS (1).

Séance 8 septembre 1884.

Section des sciences médicales. — L'ordre du jour devient de plus en plus chargé, et il a fallu faire encore une séance supplémentaire de deux heures dans l'après-midi. Je dois commencer par mentionner, pour réparer un oubli, une communication de M. Letourneau sur la nature et le traitement de l'œdème des nouveau-nés, affection qui, d'après lui, aurait pour cause une asphyxie lente, due au déplissement incomplet des alvéoles pulmonaires, — et une autre de M. Brémont, sur le traitement du rhumatisme au moyen des bains de vapeur térébenthinés.

M. Cartaz a ouvert la séance par une courte communication sur la paralysie vésicale consécutive à l'usage de l'acide phénique en pansement, et M. Doutrebente a lu ensuite, au nom de nos collaborateurs, MM. Huchard et Eloy, une note sur l'action antithermique des alcaloïdes du quebracho, qui sera reproduite dans un mémoire prochain. M. Hayem a fait remarquer à ce sujet qu'il serait nécessaire de savoir comment agissent ces alcaloïdes. Certaines substances, en effet, comme la kairine, agissent en altérant l'hémoglobine, qu'ils transforment en méthémoglobine; elles abaissent la température, il est vrai, mais ce mode de procéder est très dangereux, parce que la méthémoglobine est incapable de remplir les fonctions physiologiques de la matière colorante du sang. Or, ce renseignement ne se trouve pas dans la note de MM. Huchard et Eloy, et c'est là une lacune qu'il serait bon de remplir pour compléter leurs recherches, et sur laquelle nous appelons toute leur attention.

M. Gallois, interne des hôpitaux de Paris, a présenté un thermographe très ingénieux qui permet de corriger les erreurs qui peuvent provenir de l'influence de la température extérieure et des déplacements produits par le transport. On ne peut le mettre dans l'aisselle, mais en un point quelconque de la circonférence du corps où on le maintient au moyen d'une ceinture.

Un autre appareil a été ensuite présenté par M. le professeur Potain, à propos de recherches très intéressantes faites sur la pression artérielle dans l'insuffisance aortique, dont le savant maître a donné les résultats. Le sphygmographe de Marey, qui a rendu de si grands services dans le diagnostic des maladies du cœur, ne donne sur l'intensité de la pression que des renseignements peu exacts; ils varient chez le même individu, sur la même radiale, suivant la pression de la vis. Les modifications apportées à cet appareil par Béhier, par Bach (de Vienne), n'ont pas répondu à l'espoir qu'on fondait sur elles; celui de Bach, en particulier, provoquait de telles douleurs par suite de la compression nécessaire pour le maintenir en place, que M. Potain, qui l'avait d'abord essayé sur lui-même, ne put se résoudre à l'employer sur autrui. L'instrument qu'il emploie maintenant se compose d'une sorte de manomètre avec cadran enregistreur et d'une petite ampoule de caoutchouc à paroi très mince réunie au manomètre par un tube également en caoutchouc. On place la petite ampoule sur l'artère radiale, on la maintient avec la main, ce qui permet à l'observateur de se rendre compte lui-même de la pression qu'il exerce, et la pression artérielle transmise au manomètre est indiquée par le cadran. M. Potain a pu étudier ainsi avec une assez grande précision la pression artérielle dans les insuffisances aortiques pures ou compliquées d'une altération d'une autre partie du cœur; il a trouvé ce fait assez inattendu que l'insuffisance aortique s'accompagnait parfois d'une pression artérielle très forte; cette particularité, qui a pour cause la manière dont la circulation périphérique s'accommode aux modifications du cœur, a une grande importance en thérapeutique, car celle-ci ne peut être évidemment la même dans les cas où la pression artérielle est faible que dans ceux où elle est forte.

M. François Franck, prenant la parole après M. Potain, a démontré, au moyen d'expériences, ces résultats, en apparence contradictoires, de pressions fortes coïncidant avec une insuffisance aortique. Chez les animaux où on crée cette lésion, la réparation de l'action physiologique se fait par le cœur et par la périphérie; chez l'homme, il est difficile de dire quelle est la part du cœur et celle des vaisseaux; mais on peut y arriver en étudiant les modifications qui se passent sur un cœur détaché; on voit alors que l'action se répare soit par excès d'énergie et accélération des mouvements, soit par l'excès d'énergie seul, soit par l'accélération des mouvements seule. En tout cas, la

(1) Suite. — Voir les numéros des 13 et 16 septembre 1884.

part du cœur est évidente. Mais il faut faire une part considérable dans les symptômes de l'insuffisance à l'irritation causée par la lésion, irritation qui retentit sur l'énergie et l'accélération des mouvements; l'état des vaisseaux est aussi à considérer, car si l'on veut diminuer, et par suite soulager l'excès d'énergie du cœur, on peut par exemple donner la morphine qui relâche les vaisseaux et diminue la pression; le cœur peut ainsi peu à peu compenser l'insuffisance aortique, mais il faut pour cela que les vaisseaux soient sains et puissent se dilater, et que le tissu du cœur soit également sain pour subir les modifications nécessaires; tous les animaux atteints préalablement de myocardite, et auxquels on a fait une insuffisance aortique, sont morts rapidement. Toutes ces conditions sont autant de causes de modifications de la pression artérielle dans cette affection.

La discussion principale de la journée a été soulevée par une communication de M. Verneuil sur la périostite rhumatismale éphémère, affection non encore décrite par les auteurs. M. Verneuil l'a observée chez deux malades; elle se présente sous forme de tuméfaction dure au début, rénitente et molle au bout d'un certain temps; la fluctuation, à un certain moment, a même été telle qu'on a cru à l'existence du pus; mais la fluctuation a disparu et la tuméfaction a diminué peu à peu. Il n'y a pas d'hyperplasie comme dans la périostite chirurgicale ordinaire, pas de fièvre, pas de changement de coloration de la peau. Dans certains points, elle a disparu spontanément; dans d'autres, elle diminue, puis augmente de volume; il y a, en pareil cas, un élément congestif très appréciable, car une des malades ayant pris froid, une des tumeurs siégeant à la face a doublé subitement dans toutes ses dimensions. Aucun antécédent syphilitique chez les deux malades, mais des antécédents arthritiques multiples.

Comme cela arrive souvent pour les affections non décrites, plusieurs membres de la section ont cité immédiatement des faits du même genre.

M. J. Tessier a vu une affection analogue siéger au tibia; M. Potain sur divers points du corps, et quelques-unes de ces périostites ont suppuré, tandis que d'autres disparaissaient spontanément; M. Duplouy en a vu sur les deux poignets, et allant alternativement de l'un à l'autre; M. Delthil a observé des périostites alvéolo-dentaires durant cinq ou six jours, etc., disparaissant sans fluxion et sans abcès; M. Duboué en signale aussi un cas siégeant sur le frontal.

M. le docteur Soulez, de Romorantin, qui exerce en pleine Sologne, a vu beaucoup de rates hypertrophiées; mais, dans un certain nombre de cas, ces rates se sont déplacées et ont amené des accidents qui ont fait l'objet d'une intéressante communication.

L'hypnotisme a donné lieu à une importante discussion à laquelle ont pris part MM. Auguste Voisin, Regis, Bernheim (de Nancy) et Doutrebente. M. Voisin rapporte un cas très curieux dans lequel il a employé l'hypnotisme chez une hystérique aliénée, pour guérir l'aliénation et moraliser le sujet. La malade détestait sa famille, M. Voisin l'hypnotise, lui suggère des idées affectives, et, au bout de plusieurs séances, le résultat désiré était obtenu; il arriva ainsi à orner sa mémoire de plusieurs passages de l'Evangile, à la faire écrire d'une manière très élégante, etc.

M. Régis n'a p.s été aussi heureux que M. Voisin, car il n'a pu hypnotiser que des sujets partiellement atteints d'agoraphobie, par exemple.

M. Bernheim, qui réclame la priorité du moyen employé pour Durand de Craux et pour M. Liébault, de Nancy, est d'avis que l'hypnotisme peut modifier d'une manière permanente le caractère d'aliénés plus ou moins partiels, mais il faut pour cela que le sujet soit encore conscient, qu'il puisse concentrer ses idées vers le but à atteindre, qu'il ne résiste pas à la volonté du médecin; il a ainsi rendu des paresseux travailleurs, des alcooliques sobres. Une hystérique ne voulait pas manger de viande; M. Bernheim l'hypnotise, et alors lui suggère qu'elle a changé de personnalité, qu'elle est sa propre tante à elle, qu'elle doit faire de la morale à sa nière, lui persuader qu'elle doit manger de la viande: la prétendue tante gourmande la prétendue nièce, et celle-ci, réveillée, mange tout ce qu'on veut. Mais, dans l'aliénation mentale, l'hypnotisme est très difficile; il faut que la folie ne soit que partielle.

M. Doutrebente se demande s'il n'y a pas quelque danger à habituer les aliénés simples à les hypnotiser; il craint qu'ils ne finissent par arriver au dédoublement de la personnalité.

M. Voisin le rassure en affirmant que sa malade était une aliénée agitée, dirigée par ses hallucinations; que l'hypnotisme l'a calmée d'une manière durable et qu'il n'a employé ce moyen, en tout cas, que chez des sujets dont l'état ne pouvait être aggravé.

M. Bernheim a ensuite rapporté trois cas de chorée de l'écriture guéris par la suggestion hypnotique. Cette méthode, employée par M. Liébault depuis vingt-quatre ans, consiste à affirmer au malade, pendant son sommeil, qu'il est comme tout le monde.

Une fois suggéré, le cerveau agit pour corriger les troubles et revenir à l'état normal. Dans les trois cas, la guérison a été obtenue et M. Bernheim a pu en donner la preuve en faisant passer sous les yeux de l'assemblée de nombreux spécimens de l'écriture de ses malades, pris avant, pendant et après le traitement.

M. le professeur Hayem, qui poursuit ses études si remarquables sur l'hématologie, a fait un chaleureux plaidoyer en faveur de l'examen du sang dans le diagnostic des maladies fébriles. Pour lui ce mode d'investigation doit et peut devenir aussi vulgaire que la percussion et l'auscultation. La difficulté de l'employer a été jusqu'ici l'altérabilité excessive des éléments du sang. Pour y remédier, il a imaginé une petite plaque de verre, analogue au porte-objet du microscope, mais creusé à sa partie moyenne d'une petite rigole circulaire qui circonscrit un petit disque central, de 3 millimètres de diamètre, sur laquelle on dépose une goutte du sang à examiner ; on recouvre le tout d'une petite plaque de verre carrée très mince. On peut ainsi se rendre compte du processus de coagulation, et d'après l'aspect du réticulum fibrineux, faire le diagnostic des maladies fébriles, comme M. Hayem en donne plusieurs exemples. Il voudrait dès lors qu'on employât ce petit appareil comme on se sert d'autres instruments, sphygmographe, thermomètre, etc.

Les résultats signalés par M. Hayem sont d'autant plus intéressants que, comme l'a fait remarquer M. Maurel, ce qu'on a fait jusqu'ici dans cette voie n'a été que la numération des globules blancs ou rouges, méthode qui n'a jamais donné de résultats précis ou ayant une signification exacte.

Un autre côté de l'hématologie a été abordé par M. Henri Henrot, qui a rapporté deux cas d'hémoglobinurie dans lesquels la suractivité musculaire paraît avoir joué un rôle et les inhalations d'oxygène ont produit de bons effets. Mais la question étiologique reste encore obscure, surtout au point de vue du siège de la fonte des globules et de la production de la coloration de l'urine. M. Hayem démontre que l'hémoglobine peut avoir subi des altérations qualitatives et suppose que dans certains cas morbides elle change de nature avant son passage dans l'urine.

Autre point de chimie médicale. M. Grimaux pense que les matières albuminoïdes, sur la nature desquelles on a tant discuté, n'ont rien de mystérieux ; il peut démontrer maintenant que ce sont des substances définies mais qui s'altèrent rapidement au contact des agents extérieurs ; ce sont des colloïdes azotés, qu'on peut reproduire par la synthèse. Le point intéressant qui découle de cette communication, c'est que dans certains cas d'albuminurie il faudra pour trouver l'albumine ajouter à l'urine un peu de sel marin si l'organisme d'où elle provient n'en contient pas assez.

Etudiant ensuite la question de l'hérédité de la paralysie générale, M. Régis démontre que le danger n'est pas aussi grand qu'on pourrait le croire, et bien moindre que dans la folie ; il conclut d'une manière aphoristique que si l'on peut entrer dans la famille d'un paralytique général on doit craindre d'entrer dans celle d'un fou. M. Lunier est du même avis.

M. Demons (de Bordeaux) a terminé la séance par une communication sur l'emploi des pointes métalliques pour fixer les os après les résections articulaires. C'est surtout au genou où les os tendent à se déplacer, où la soie et le catgut sont insuffisants, où les fils d'argent sont difficiles à enlever, où il faut obtenir une ankylose rectiligne, que les pointes d'acier sont utiles. Après l'hémostase, pour laquelle on ne doit pas employer la bande d'Esmarch qui donne lieu à une véritable pluie sanguine quand on l'enlève, on fait la coaptation et on enfonce à trois centimètres des surfaces de section, et obliquement du tibia vers le fémur, deux ou trois pointes qu'on enlève au bout d'une vingtaine de jours. Il n'y a guère de réaction en général. M. Demons n'a pas parlé de l'emploi de la méthode antiseptique, parce que cet emploi est sous-entendu, la méthode, dit-il, ne comptant plus d'infidèles.

M. Duplouy se rallie à l'opinion de M. Demons ; M. Delore est très disposé à adopter l'emploi des pointes pour remédier aux déplacements, mais croit que la bande d'Esmarch favorise beaucoup l'opération. M. Nicaise rappelle que l'emploi des pointes, renouvelé des Allemands, n'est pas nouveau ; Malgaigne et Bérenger-Fevand l'ont utilisé, et d'autre part Volkmann et Bœckel y ont renoncé. D'ailleurs, les accidents auxquels on veut remédier ne s'observent que quand on n'emploie pas la méthode antiseptique ; avec elle, pas d'irritation, pas de contraction musculaire, pas de déplacement. Quant à la bande d'Esmarch, elle est d'une grande utilité et l'hémorrhagie consécutive peut être évitée en plaçant une grosse éponge sur la plaie après avoir enlevé la bande élastique et en la laissant en place jusqu'à ce que la coloration des téguments indique que la paralysie des vaso-moteurs a cessé.

(*A suivre.*) L.-H. PETIT.

BIBLIOTHÈQUE

Etude comparée sur le lait de la femme, de l'anesse, de la vache et de la chèvre, par Henri Féry, chef des travaux chimiques au laboratoire de la clinique des maladies des enfants. Paris 1884, J-B. Baillière.

Conclusions. — D'après les moyennes qu'il a obtenues dans ses analyses, M. Féry classe ces divers laits en deux groupes : d'une part, le lait de femme et celui d'ânesse, riches en lactose et pauvres en caséine, et, d'autre part, le lait de vache et celui de chèvre, moins riches en sucre et riches en caséine. Les laits du premier groupe sont plus pauvres en éléments minéraux, le lait de femme étant celui qui en renferme la quantité la plus faible. Quant au beurre, c'est là un élément dont les variations sont trop considérables pour que l'on puisse en tirer un caractère différentiel. Nos tableaux nous font voir, dit l'auteur, que le beurre présente des écarts individuels énormes, tandis que les autres éléments s'éloignent beaucoup moins de la moyenne.

Quelques mots sur les différences qui existent entre ces divers laits, non seulement dans le chiffre de leurs éléments, mais encore dans l'aspect et la constitution de ces éléments.

Densité. — Sous le rapport de la densité, ils viennent dans l'ordre suivant : 1° lait de chèvre ; 2° lait de femme ; 3° lait de vache ; 4° lait d'ânesse.

Beurre. — Le lait le plus riche en beurre serait le lait de chèvre. Viennent après : le lait de femme, le lait de vache hollandaise et le lait d'ânesse.

Ces beurres isolés se présentent sous l'aspect d'une masse homogène, d'un blanc légèrement jaunâtre ; celui de chèvre, notamment, est très blanc. Nous avons eu un échantillon de beurre de vache d'une extrême blancheur. Le plus coloré est celui d'ânesse. Il présente une particularité assez curieuse : avant de se prendre en une masse homogène, il reste pendant très longtemps, des mois entiers, dans un état semi-liquide.

Sucre. — Le lait de femme tient le premier rang par sa richesse en lactose ; après lui, vient celui d'ânesse ; les laits de vache et de chèvre suivent d'un peu plus loin, la quantité de sucre étant plus faible chez la chèvre.

Caséine. — L'ordre de la richesse en caséine est le suivant : 1° lait de chèvre ; 2° lait de vache ; 3° lait d'ânesse ; 4° lait de femme. Ce n'est pas seulement la quantité de caséine qui diffère, mais aussi l'état dans lequel elle s'y trouve. Son mode de coagulation dans des conditions déterminées n'est pas le même dans ces différents laits.

L'existence de l'albumine nous paraît très problématique. Une note qui nous a été communiquée par M. Magnier de la Source, contient une série d'expériences faites en 1877 ; nous les avons répétées, et nous sommes arrivé aux mêmes résultats.

M. Duclaux a fait de cette question une étude spéciale, et il conclut, avec raison, à l'absence d'albumine proprement dite dans le lait. Une note qu'il vient de faire présenter à l'Académie des sciences maintient cette manière de voir. Suivant cet auteur, il n'existe dans le lait qu'une seule matière albuminoïde : la caséine, mais se présentant à des états différents.

Sels. — Le poids des sels contenus dans un litre s'élève dans de fortes proportions quand on passe du lait de la femme à celui de l'ânesse, et de celui-ci au lait de la vache et de la chèvre. Ces différences sont encore plus marquées si l'on tient compte des quantités de lait émises en vingt-quatre heures. On voit qu'alors le lait de chèvre, tout en contenant plus de sels que ceux de la femme et de l'ânesse, en contient environ douze fois moins que celui de la vache.

La rapidité de l'accroissement du nourrisson, la masse du squelette qu'il a à développer, doivent être les principales causes qui influent sur la production des éléments minéraux.

On comprend, d'après les chiffres que nous avons donnés, combien il est difficile de remplacer le lait de femme dans l'alimentation du nouveau-né. Le lait d'ânesse, qui en est le plus voisin, est déjà moins riche en sucre et plus chargé de caséine ; ce dernier élément existe dans le lait de la femme à un état particulier qui doit faciliter sa digestion par l'estomac de l'enfant.

Il est évident que, lorsqu'on ne pourra se procurer du lait d'ânesse, il faudra donner la préférence au lait de vache largement coupé d'eau et sucré, autant que possible, avec du sucre de lait, dont la saveur est beaucoup moins sensible que celle du sucre ordinaire.

Cependant, un pareil lait présentera toujours de grandes différences avec le lait de femme. D'abord, l'étendît-on de la moitié de son volume d'eau, on aura toujours une quantité de caséine plus considérable que dans ce dernier, et de caséine plus difficilement

digestible. En outre, la proportion de beurre sera beaucoup trop réduite si on a affaire, comme c'est souvent le cas, à du lait de vaches hollandaises ; ce lait, même vendu pur, ne contient quelquefois que de très petites quantités de beurre. On devra donc, avant de procéder au coupage, s'assurer de la composition du lait qu'on emploie.

Quant au lait de chèvre, il se peut qu'il soit supporté par des enfants robustes, il se peut aussi que sa composition ne soit pas toujours celle que nous avons donnée; cependant, comme ce lait est toujours riche en caséine, nous croyons que l'on fera sagement de s'abstenir de l'utiliser pour la nourriture des nouveau-nés, et de ne le donner, ainsi que le lait de vache, à l'état de pureté, que lorsque l'estomac de l'enfant sera devenu capable de supporter une nourriture assez forte.

REVUE DES JOURNAUX

Journaux anglais et américains.

Du Quebracho aspidosperma dans le traitement de la dyspnée, par MARIASI Y LARRION. (*The Therapeutic Gazette*, juin 1884.) — Cet agent thérapeutique a surtout été expérimenté en France par M. Huchard. Le docteur Mariasi y Larrion divise les dyspnées en trois groupes. Dans le premier sont comprises les dyspnées résultant des affections aiguës ou chroniques du poumon, de la plèvre ou du cœur. Les lésions valvulaires et les altérations des gros vaisseaux, par a congestion pulmonaire qu'elles déterminent, produisent les mêmes résultats au point de vue du rétrécissement du champ de l'hématose et de la dyspnée. Au deuxième groupe appartiennent toutes les lésions abdominales, hypertrophies d'organes, etc., qui gênent les mouvements du diaphragme. Dans le troisième groupe se placent l'asthme essentiel et la dyspnée nerveuse. De tous les médicaments antidyspnéiques, le quebracho, après essai, est le plus efficace.

Le médicament est rapidement absorbé et lentement éliminé. Pris à doses modérées, il ne donne lieu à aucun phénomène notable ; à doses fortes, il y a de la lourdeur de la tête, voire de la céphalalgie, de l'obscurité de la vue avec tendance aux vertiges. Les pulsations du pouls sont diminuées de nombre et les contractions cardiaques augmentent en énergie. Les mouvements respiratoires sont moins rapides. Le quebracho a un goût amer, semblable à celui de la quinine ; pris en notable quantité, il détermine une sensation de chaleur a l'estomac et quelquefois de la diarrhée, l'émission des urines éveille alors une sensation de brûlure dans l'urèthre. Les urines paraissent rougeâtres. L'aspidosperma est le prototype des antidyspnéiques. Les meilleurs résultats ont été obtenus dans les dyspnées relevant de lésions cardiaques ou pulmonaires.

On peut l'administrer sous forme de sirop de teinture ou d'extrait, à des doses variant pour ces deux dernières préparations de 50 centigrammes à 4 grammes.

Teinture ou extrait de quebracho.	2 à 4 grammes.
Eau.	150 —
Sirop simple.	30 —

En 4 doses à deux heures d'intervalle.

L'administration de quebracho aux doses ci-dessus n'est signalée par aucun effet déplaisant, et peut être continuée longtemps sans que l'on ait à craindre aucune altération d'organe ou aucun désordre dans les autres fonctions.

Penzolt et Simon y Meto, qui ont étudié le quebracho l'appellent, la *digitale des poumons*, ils croient que le médicament agit à la fois sur les centres nerveux qui président aux mouvements respiratoires et sur l'appareil d'innervation du cœur.

L. Dn.

De l'hydrastis canadensis dans les affections utérines, par SHATZ. (*The medical Progress*, Avril 1884.) — D'après ce journal et le *Deutche medical Zeitung* qui le reproduit, le professeur Shatz (de Rostock) a trouvé l'*hydrastis canadensis* de la pharmacopée américaine, sous la forme d'extrait fluide, efficace dans le traitement des troubles fonctionnels de l'appareil utéro-ovarien. Cet agent thérapeutique aurait la propriété de contracter les vaisseaux des organes de la génération et tendrait, par suite, à diminuer la congestion des organes génitaux.

A hautes doses, ou à doses longtemps continuées, il diminuerait la fréquence de la menstruation, l'écoulement serait jugulé et la douleur soulagée dans les hémorrhagies

vaginales et dans les dysménorrhées, soit qu'elles reconnaissent une cause locale, soit qu'elles procèdent d'une maladie de l'utérus ou de ses annexes.

Son action sur les myomes utérins serait remarquable; dans certains cas, il arrêterait les hémorrhagies et même les préviendrait.

Quelquefois, par l'usage longtemps continué, l'appétit augmenterait. La dose serait de 20 gouttes d'extrait fluide quatre fois par jour, à prendre huit jours avant le début présumé de l'écoulement dysménorrhéique.

A propos de cet article, le *Medical Press* observe que de telles louanges décernées par un opérateur comme le professeur Shatz, qui a au moins pratiqué dix fois l'hystérectomie, constituent pour le médicament une haute recommandation. — L. Dn.

THÉRAPEUTIQUE

Des peptones de viande.

Il n'est plus nécessaire aujourd'hui de faire l'éloge des peptones; leur usage s'est tellement généralisé qu'elles tiennent une place considérable dans la thérapeutique. Il n'en pouvait être autrement, car elles venaient suppléer à une fonction indispensable que l'organisme malade ne pouvait plus accomplir, et elles s'imposaient ainsi par leur incontestable utilité.

La peptonisation, qui est nécessaire pour l'absorption de l'albumine, exige des organes un travail considérable que dans les cas pathologiques ils n'accomplissent qu'imparfaitement. La question était d'offrir, s'il était possible, à l'estomac ce travail tout fait, afin d'obtenir sans son concours l'absorption directe de l'albumine. De nombreux essais ont été tentés dans cette direction et ont plus ou moins bien réussi. En effet, les peptones de viande produites artificiellement ont souvent le défaut de trop rappeler leur origine; produites par les ferments d'estomacs d'animaux, elles conservent une odeur d'aliments digérés qui est des plus désagréables; elles ont un goût aigre ou amer et sont d'une décomposition facile. Les peptones du docteur Kochs échappent à ces inconvénients; elles ne sont sujettes à aucune altération et gardent indéfiniment une saveur qui en rend l'emploi agréable. Leur principal mérite consiste à être entièrement exemptes de gélatine; de nombreuses analyses en ont fourni la preuve incontestable. En effet, elles sont d'une consistance épaisse, mais non filante; séchées à 100°, elles se redissolvent dans l'eau froide sans se gonfler; dissoutes dans l'eau bouillante, puis refroidies, elles ne se prennent pas en gelée, ne forment ni grumaux, ni caillots; elles passent par dialyse à travers les membranes, ce que ne peuvent faire les peptones gélatineuses. Soumises à l'action de divers réactifs, elles se sont toujours comportées de façon à prouver qu'elles étaient bien réellement exemptes de gélatine : elles donnent par les acides un précipité qui se redissout par l'ébullition; par l'alcool et l'éther, elles donnent un précipité floconneux caractéristique de l'albumine; traitées par le réactif de Millon, elles donnent la coloration caractéristique des substances xanthoprotéiques; sous l'influence de l'acide phosphormobyldique, elles se prennent entièrement en une masse floconneuse. Il est donc hors de doute que ce sont bien de vraies peptones pures de viande, et qu'on peut attendre d'elles une absorption complète sans aucun effort de l'estomac.

L'emploi de la peptone du docteur Kochs a donné tous les résultats qu'on pouvait espérer d'une préparation aussi parfaitement exécutée; elle est devenue l'aliment le plus nutritif qu'on puisse offrir à un malade, et se recommande par son bon goût aux estomacs bien portants. Cet emploi est d'ailleurs facile. Elle peut être consommée pure et sans aucun mélange : 150 grammes par jour constitueraient une alimentation suffisante; la quantité pourrait être doublée sans inconvénient. Elle peut également être employée dissoute dans du vin, ou bien sur du pain rôti, ou bien dissoute dans de l'eau bouillante sous forme de bouillon. Elle sera, dans tous les cas, un aliment sain, agréable et fortifiant.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 septembre 1884. — Présidence de M. A. Guérin.

La correspondance comprend :

1° Une note de M. le docteur Pietra Santa qui rappelle à l'occasion de la communi-

cation de M. Dujardin-Beaumetz les recherches faites en 1872 par M. Giovanni Polli (de Milan) sur les maladies par ferments morbifiques et leur traitement par les sulfites alcalins et terreux.

2° Une lettre de M. Diday (de Lyon) accompagnant l'envoi de quatre exemplaires de l'instruction médicale sur le choléra, publiée par la Société de médecine de Lyon.

3° Un pli cacheté déposé par M. Lailler, pharmacien. (Accepté.)

4° Une lettre de M. le docteur Varrier (de l'Isle-Adam) sur deux cas de guérison de choléra algide par l'absorption d'eau froide.

5° Plusieurs communications relatives au choléra.

M. Hervieux donne à l'Académie les résultats de revaccinations pratiquées à l'Académie de médecine sur les sapeurs-pompiers pendant les mois de septembre, octobre et novembre 1883, résultats constatés et recueillis par un médecin-major de ce régiment, M. le docteur Burlureau. Il s'agit d'hommes ayant subi l'inoculation vaccinale non seulement une fois, mais deux et trois fois *sans succès*. Malgré ces conditions défavorables, il y a eu 330 succès sur 522 revaccinations, soit une proportion de 63,22 p. 100. M. Hervieux considère comme utiles les revaccinations qui n'ont donné lieu qu'à des pustules médiocrement développées.

Les pustules vaccinales en effet peuvent présenter des variétés très nombreuses et bien que n'ayant pas tous les caractères de la pustulation vaccinale classique, ces dernières n'en sont pas moins l'expression d'une vaccine vraie, puisque le vaccin recueilli sur ces pustules a pu donner sur des sujets doués d'une aptitude suffisante de nouvelles pustules parfaitement caractérisées.

M. Burlureau a pu réunir 210 observations complètes dans lesquelles sont relatées les époques de vaccination et revaccination de chaque homme. Voici le résultat de ces observations.

Le travail est divisé en trois séries :

Première série : 66 revaccinés, 38 succès, 28 insuccès, soit 57,51 p. 100 de succès.

Deuxième série : 69 revaccinés, 38 succès, 28 insuccès, soit 60,87 p. 100 de succès.

Troisième série : 75 revaccinés, 49 succès, 26 insuccès, soit 65,33 p. 100 de succès.

Moyenne de succès pour les trois séries : 61,43 p. 100.

Si l'on fait entrer dans les insuccès 12 hommes ayant déjà eu la petite vérole et quelques-uns vaccinés déjà avec succès, la proportion des insuccès descend de 38,87 à 30,95 p. 100.

M. Burlureau a de plus remarqué que le nombre des pustules était en rapport avec leur développement : plus elles étaient larges et belles, plus elles étaient nombreuses.

Pareils succès ont été obtenus par M. Hervieux sur 312 hommes faisant partie de cinq compagnies de sapeurs-pompiers. La moyenne des succès a été de 66,33 p. 100.

A quoi faut-il attribuer l'excellence de ces résultats? L'auteur du rapport pense que la bonne qualité du vaccin de l'Académie doit y entrer pour une large part. M. Dubreuilh (de Bordeaux), ayant envoyé à Paris une génisse inoculée avec le cow-pox spontané découvert par M. le docteur Landeau dans le village de Laforêt (département de la Gironde), il a été possible de rajeunir le vaccin officiel. D'autre part, l'habitude acquise par le suppléant de M. Blot dans la pratique de l'inoculation vaccinale n'est certainement pas étrangère à l'importance des succès obtenus.

Ce qui est certain, c'est qu'il y a là un point intéressant, eu égard à la nécessité des revaccinations dans les cas où une première, et même une seconde revaccination seraient demeurées sans résultat.

M. Rochard demande si la rénovation du virus vaccin, à certaines époques, est réellement utile? Ce virus s'affaiblit-il en vieillissant?

M. Hervieux ne peut répondre d'une manière catégorique à la question qui lui est posée. Les expériences et les chiffres qu'il vient de citer le poussent tout naturellement à faire des hypothèses. La plus vraisemblable, suivant lui, c'est qu'en allant reprendre le vaccin à sa source, il est possible d'avoir un virus plus actif que celui qui est déjà ancien. Mais ce n'est là qu'une hypothèse sur laquelle on doit faire des réserves, et qui ne pourrait être confirmée que par de nouvelles expériences.

M. Perrin s'étonne de la quantité considérable de succès obtenus, et surtout de la possibilité d'une *vaccination utile* avec une pustule incomplète. Comment alors peut-on savoir si la vaccine a réussi ?

M. Hervieux ne croit pas à la possibilité absolue et constante de pustules très bien développées dans les revaccinations. Ce qui est certain, et ce qu'il a constaté par lui-

même, c'est qu'il a pris dans des pustules incomplètes de revaccinés du vaccin qui, porté sur des enfants, a donné des pustules magnifiques.

M. Legouest fait remarquer que, dans l'armée, on n'admet pas, et on ne peut pas admettre des cas intermédiaires; il y a succès ou insuccès. Les pustules mal formées sont classées dans la dernière catégorie.

M. Blot ne pense pas, comme M. Hervieux, que les succès mentionnés par lui soient dus à la qualité du vaccin. Il croit plutôt qu'ils ont été obtenus grâce à l'habileté de l'opérateur, qui ne s'est pas contenté, comme le font certains médecins, d'effleurer seulement l'épiderme.

D'après lui, les conditions de succès dans les revaccinations sont en raison directe du temps écoulé depuis la dernière revaccination suivie de succès. Plus ce temps est long, plus on a de chances de réussir.

Ce n'est pas à l'aspect des pustules qu'on peut reconnaître qu'un individu est utilement vacciné, ce n'est qu'en le revaccinant; par conséquent, il n'y a rien d'impossible à ce qu'une pustule incomplète puisse donner un bon résultat; il faut tenir compte du terrain sur lequel on opère.

M. Perrin pense que, lorsque l'on vient de vacciner, il est plus simple, pour s'assurer de la réussite de l'opération, de ne considérer comme bon que le vaccin qui donne des pustules bien développées.

M. A. Guérin fait observer que très probablement la longueur de la période d'incubation de la pustule doit être considérée pour la détermination du résultat obtenu.

M. Hervieux partage cette opinion et constate que chez les revaccinés cette période est plus courte que chez les individus vaccinés pour la première fois.

M. Blot est également de l'avis de M. A. Guérin et assimile le virus vaccin à une maladie dont l'évolution plus ou moins longue doit entrer en ligne de compte.

M. Le Roy de Méricourt fait, au nom de la commission des épidémies, un rapport sommaire sur les pièces de la correspondance relative au choléra. 54 lettres ou brochures ont été adressées à l'Académie dont 16 pour la France, 6 pour l'Espagne, 5 pour l'Italie, etc. Plusieurs de ces pièces offrent un véritable intérêt. M. le rapporteur signale particulièrement une note de M. le docteur Duranty (de Marseille) sur les injections intra-veineuses dans le choléra.

Six fois M. Duranty a appliqué ce traitement sur des malades très gravement atteints. Ces six malades ont succombé. Il importe de renseigner les praticiens sur la valeur de ce traitement qui a reçu l'approbation de plusieurs membres de l'Académie, MM. Vulpian, Dujardin-Beaumetz, Hayem.

M. Duranty s'est servi du transfuseur de M. Dieulafoy. Il a employé la formule de la solution saline proposée par M. Hayem à la température constante de 40°. La quantité de solution injectée a varié de 140 à 1,200 centimètres cubes. Un des malades a supporté cinq injections dans l'espace de trois jours : les autres sont morts après la première. Malgré ces insuccès, les phénomènes observés permettent d'espérer que l'on pourra tirer un grand avantage de cette médication lorsqu'on aura bien fixé le moment où l'on doit s'en servir.

M. Dujardin-Beaumetz rappelle qu'il a déjà fait des injections intra-veineuses de solutions salines et qu'il a, par ce moyen, ramené des individus pour plusieurs jours à la vie. Mais les injections salines ont pour inconvénient de détruire les globules ; la question revient donc à trouver une solution qui ne les détruira pas.

M. Le Roy de Méricourt dit que la destruction des globules n'est pas seule à considérer, il faudrait encore trouver le moyen d'en augmenter le nombre.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le choléra.

M. Jules Guérin, après avoir cherché à établir par l'examen et l'interprétation des faits, particulièrement de ceux observés dans les récentes épidémies de Toulon et de Marseille, l'inanité de la doctrine de l'importation et de la dualité du choléra, partant la vérité de la doctrine de l'unicité de la maladie, croit pouvoir déduire de ces données doctrinales une nouvelle prophylaxie et une nouvelle thérapeutique des épidémies cholériques. Suivant lui, les mesures adoptées et mises en pratique jusqu'ici sont *inutiles, inefficaces et dangereuses.*

Il rappelle que pendant les expositions de Vienne, en 1873, et de Paris, en 1878, les

visiteurs de la capitale de l'Autriche n'ont reçu d'elle aucun germe de l'épidémie existant dans cette ville et que Paris, d'autre part, est resté sain malgré l'affluence des visiteurs venus des pays contaminés.

De même, aujourd'hui, la ville de Turin qui ne cesse de donner la bienvenue à tous ses visiteurs, à ceux des pays infectés comme à ceux des pays sains, n'a subi jusqu'à présent aucune grave conséquence de sa libérale hospitalité.

Ces faits, d'ailleurs, ne sont que la répétition d'autres faits absolument semblables observés dans les précédentes épidémies, notamment dans celle de 1832, où l'on a vu Lyon et Versailles absolument épargnés, sans avoir recours à des cordons sanitaires ou à des lazarets.

Dans d'autres épidémies, comme à Munich, n'a-t-on pas vu des quartiers, des rues et même des côtés de rues résister à la maladie, malgré leurs relations avec les points infectés ?

Enfin, ce qui achève de démontrer l'inutilité, l'impossibilité même des quarantaines, c'est le fait des communications incessantes des chemins de fer entre les pays contaminés et les pays sains. Peut-on songer aujourd'hui à placer sur les rails des cordons sanitaires et des lazarets ? Les affolés de Vaucluse ont bien essayé, dit-on, de ce genre de protection ; mais, s'il a suffi pour molester pendant quelques semaines les malheureux voyageurs, il n'a pas arrêté la maladie, qui s'est fait un jeu de passer par-dessus ces barrières illusoires.

Dans les pays qui ont cru se mettre à l'abri du fléau par un grand renfort de précautions, à Naples, par exemple, triplement cerclée et flanquée de cordons sanitaires, de lazarets, comme une ville assiégiée, on a vu le spectacle le plus lamentable. Naples, ville de 500,000 habitants, paye chaque jour un tribut de 400 décès. C'est plus que les proportions des villes les plus affectées, aux jours les plus néfastes des épidémies antérieures. En 1832, à Paris, qui comptait alors près d'un million d'habitants, la mortalité cholérique n'a atteint qu'un seul jour le chiffre de 800 décès, et dans les épidémies suivantes ce chiffre ne s'est jamais reproduit et n'a cessé de diminuer, quoiqu'on n'ait jamais eu jusqu'ici la folle idée de le soumettre au régime des quarantaines et des lazarets.

Le système des quarantaines, des cordons sanitaires et des lazarets est, en outre, dangereux. Comme l'a très bien dit M. Brouardel : « Les cordons sanitaires appliqués en Europe, en Prusse, en Autriche, en Russie, pendant la première épidémie de choléra, ont donne des résultats désastreux. En Prusse, peu à peu le cordon sanitaire a dû reculer, et, en réalité, ces cordons de troupes ont été des foyers de renforcement et de dissémination des épidémies. En Egypte, l'an dernier, les conséquences n'ont pas été moins déplorables. »

A part les mesures de désinfection des navires, toute protection différente est absolument inutile et inefficace. Inutile, parce qu'il est suffisamment prouvé par toutes les épidémies que jamais les prétendus transports de la maladie n'ont précédé les éclosions cholériques des constitutions préétablies ; inefficace, parce que la véritable voie de la transmission, ce ne sera ni le commerce des individus, poignées de main, attouchements, ni l'introduction des marchandises et des correspondances épistolaires. La véritable voie de transmission, ainsi que l'a rappelé M. Léon Colin, c'est l'atmosphère.

Les seuls moyens de préservation, suivant M. Jules Guérin, se résument en deux ordres : éviter toutes les causes ou influences capables de favoriser la contagion du choléra, et s'attacher surtout aux moyens d'en compenser les dangers en prévenant et combattant mieux la maladie.

On peut réduire la contagion possible du choléra par la dissémination des malades et non, comme on le pratique inconsidérément, par leur agglomération dans des hôpitaux spéciaux ou dans des salles spéciales.

Les précautions d'aération et de désinfection ont la même signification et concourent au même but que la dissémination des malades.

Viennent ensuite les précautions d'hygiène qui se résolvent dans ce double but : éliminer les auxiliaires ou renforcements de la contagion par l'amélioration du dehors, et diminuer les chances et aptitudes de réceptivité du dedans en évitant les causes d'affaiblissement de l'organisme et en usant des moyens d'accroître ses résistances.

Quant au traitement préventif de la maladie, c'est-à-dire de la période initiale, de la diarrhée prémonitoire en un mot, M. Jules Guérin insiste sur ce point important.

Le fait de la diarrhée prémonitoire, reconnu et universellement accepté depuis 1832, a été vérifié par un grand nombre d'observateurs. La plupart ont admis que la diarrhée prémonitoire est bien le choléra commençant, comme la diarrhée préépidémique est bien la période prémonitoire des épidémies.

Le chiffre de la proportion des cas de diarrhée prémonitoire doit être fixé, d'après les relevés de Barth, de Michel Lévy, du Conseil de santé de Londres, du Comité d'hygiène de Paris, des docteurs Pinel, Oulmont, Horteloup, Odier, etc., à 93 0/0 en nombres ronds. Tels sont les chiffres les plus rigoureux fournis par les quatre plus grandes épidémies.

— M. J. Rochard, vu l'heure avancée et l'absence de ses collègues MM. Brouardel et Proust, mis en cause avec lui-même par M. J. Guérin, demande à ne répondre que dans la prochaine séance au discours considérable de M. J. Guérin.

La séance est levée à cinq heures.

FORMULAIRE

Réactif du sucre dans l'urine. — L. Dudley.

On dissout du sous-nitrate de bismuth dans une très petite quantité d'acide azotique pur, on ajoute un volume égal d'acide acétique, et on étend de huit à dix volumes d'eau. La solution aiusi préparée est stable, et peut encore être étendue, sans subir aucun trouble. Pour essayer l'urine, on la rend très alcaline par l'addition de la soude, on ajoute une ou deux gouttes du réactif, et on chauffe pendant vingt ou 30 secondes. Si l'urine est sucrée, le précipité blanc formé par le mélange de la solution bismuthique et de l'urine alcaline prend une coloration grise ou noire.

Dans le cas où l'urine à essayer contiendrait de l'albunime, on commencerait par éliminer cette dernière, en portant le liquide à l'ébullition et en le filtrant. — N. G.

COURRIER

Nous publions plus bas l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la maison de santé Dubois, *du* Lait *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile dans des boîtes en cristal plombées. Ce mode de vente, qui supprime l'intervention frauduleuse des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

La rage. — Dans la dernière séance du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, M. le docteur Dujardin-Beaumetz a donné lecture d'un rapport relatif à un cas de décès par rage survenu à l'hôpital Trousseau.

La victime est un petit garçon de sept ans, qui avait été mordu à la lèvre supérieure, un mois auparavant, par un chien inconnu. La morsure avait été cautérisée chez un pharmacien avec de l'alcali volatil. Cet enfant a succombé au bout de trois jours de maladie, après avoir présenté tous les signes caractéristiques de la rage.

M. Dujardin-Beaumetz fait remarquer que, au mois de janvier 1882, le Conseil d'hygiène avait rédigé une instruction dans laquelle il était dit : « La cautérisation doit être faite avec du caustique de Vienne, du chlorure de zinc, du beurre d'antimoine et surtout avec le fer rouge, qui est, en pareil cas, le meilleur des caustiques. » Cette instruction ajoutait : « Les cautérisations avec l'ammoniaque, les différents alcools, la teinture d'arnica et les solutions phéniquées sont absolument inefficaces. »

Sénat. — M. le professeur Ch. Robin, sénateur, et M. le docteur Goujon, maire du XIIe arrondissement de Paris, sont candidats aux élections sénatoriales qui doivent avoir lieu prochainement dans le département de l'Ain.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs

Sommaire

L'asthme, la fièvre et le catarrhe des foins.

I. Asthme, catarrhe ou fièvre? — Variétés cliniques multiples. — Coryza, conjonctivite et bronchite des foins. — Catarrhe et dypsnée sèche des foins. — Rhino-bronchite spasmodique.

II. Hypothèses pathogéniques. — La théorie nasale des Américains, Roe, Daly, etc. — Le *coryza vaso-motrica periodica* de Mackenzie (de Baltimore). — La théorie oculaire et le catarrhe de lumière. — La théorie nerviste ou française. — Rôle du neuro-arthritisme. — Justification clinique et preuves étiologiques. — Causes dites prédisposantes : race, âge, sexe, état nerveux. — Causes dites occasionnelles : théories pollinique et parasitaire. — Catarrhe des graminées, des roses, des violettes, des armoises. — Nature de l'*hay fever*. — Le mécanisme de ses manifestations. — C'est peut-être une névrose vaso-motrice.

III. Indications thérapeutiques. — Les audaces de la rhinologie anglo-saxonne. — Moyens dits prophylactiques. — Intervention pour combattre les accès, les prévenir, et modifier l'état général neuro-arthritique. — Emploi des modificateurs du système nerveux.

I

A en juger par la littérature et les Sociétés médicales d'Angleterre et d'Amérique, l'hay fever tient une très large place dans les débats scientifiques des pays anglo-saxons.

Est-ce donc là un état morbide de suffisante importance pour motiver de tels efforts de parole et de plume? Non, sans doute, à s'en tenir au silence de la plupart des traités classiques de pathologie interne. Il est vrai que, dans notre pays, ce silence trouve son excuse dans la rareté relative de l'hay fever sur l'ancien Continent.

Quel que soit son rang dans le cadre nosologique, l'asthme des foins mérite discussion, dans le but d'éclairer la valeur diagnostique de ses manifestations d'origine souvent obscures, et sa guérison parfois inexpliquée.

Ici se pose une interrogation préalable : Qu'est-ce que l'hay fever? La réponse est embarrassante, à cause de la trop riche synonymie de cette affection : asthme ou fièvre des foins, catarrhe pollinique, asthme ou catarrhe d'automne, d'été, de printemps, catarrhe des roses ou des armoises, catarrhe de lumière ou de chaleur... Asthme, fièvre, catarrhe, le choix n'est pas aisé, à moins de dire : l'hay fever est tout cela sans doute, et peut-être bien quelque autre chose encore.

Que témoigne, en effet, l'observation clinique? L'hay fever est varié dans la forme de ses manifestations ; telles, sont d'allure franchement névropathique : éternuements sans rhinite, dyspnées instaurées sans fièvre et disparues sans bronchite, névralgies ou courbatures; telles autres ont le masque congestif, inflammation avec ou sans flux, hyperémies avec appareil fébrile et même éruptions cutanées. Elle n'est pas une dans son siège, sur les muqueuses nasale, oculaire ou bronchique, sur les troncs nerveux, cervicaux ou occipitaux, sur le nerf facial. Enfin, elle est multiple dans ses causes ; de là les discussions et la diversité des hypothèses pathogéniques.

Ici l'hay fever a pris la forme d'un coryza : c'est le *coryza des foins*, avec sensation d'ardeur dans les fosses nasales et propagation dans l'arrière-bouche et les bronches; éternuements, céphalalgie au début, flux nasal limpide, plus tard, écoulement de mucosités épaisses et résolution des accidents.

Ailleurs, la congestion nasale est précédée ou suivie de congestion oculaire, de sensation de brûlure sur la conjonctive, de chémosis, de larmoiement et même de photophobie; c'est la *conjonctivite des foins*.

Le plus souvent, des troubles respiratoires réflexes, dyspnée, toux, suivent ou accompagnent ces congestions oculo-nasales. L'état fébrile, la fréquence du pouls, la chaleur de la peau, accompagnent les accès; une abondante transpiration, et plus rarement des éruptions ortiées les terminent. La forme morbide est alors complète : l'attaque tient à la fois du catarrhe par l'hyperémie et par le flux, de l'asthme par l'état dyspnéique, et d'une fièvre par les troubles thermiques et l'exanthème. Cet appareil symptomatique ressemble à celui d'une fièvre : l'hay fever ou la *fièvre des foins*.

Ailleurs, — les descriptions classiques l'apprennent, — la congestion bronchique est le phénomène initial. Cette *bronchite des foins* se caractérise par l'oppression, la toux, les râles avec ou sans fièvre; bientôt, par un sifflement laryngé et une dyspnée asthmatique, plus tard par une expectoration de crachats épais, filants et rares, devenant à la fin muqueux, mousseux et abondants. L'attaque prend les allures catarrhales, c'est le *catarrhe des foins*, et sa répétition finirait même par produire de l'emphysème.

D'autres fois, cet état morbide prend d'emblée le caractère de gêne respiratoire sans expectoration, avec ou sans accompagnement de vertiges, de douleurs de tête ou de névralgies. Les éléments catarrhal et fébrile manquent, c'est une *dyspnée sèche des foins*.

Enfin, et cet ensemble symptomatique est le plus vulgaire, les manifestations oculo-nasales et pulmonaires s'associant à la gêne respiratoire, l'accès a une physionomie franchement asthmatique. Le distinguer de l'asthme est parfois difficile. Des éternuements et de la toux en indiquent le début. Des sifflets, audibles à distance (Parrot), le prolongement de l'expiration, comme dans l'asthme vrai, enfin des râles sibilants, caractérisent la seconde période ; une expectoration verdâtre, brunâtre, puis grisâtre et des râles muqueux, la phase terminale. Toutes les muqueuses, nasale, bronchique et conjonctivale sont prises : on est en présence d'une *rhino-bronchite spasmodique* (1).

Sans effort, mais sans profit pratique, on peut multiplier aisément ces modalités de l'hay fever ; mais qu'on les admette, ou bien qu'avec Mackenzie (de Londres) (2) on les réduise à deux formes, l'une asthmatique et l'autre catarrhale, toute attaque n'en sera pas moins marquée par la soudaineté de l'agression et par un fonds commun de catarrhe et de dyspnée.

II

Sur ce point de clinique, pas de désaccord entre les observateurs ; par contre, ils ne s'entendent guère sur l'étiologie, la pathogénie et la nature de l'hay fever. Actuellement le débat est ouvert devant les Sociétés médicales d'Amérique (3), et dernièrement il eut comme un écho dans la Société nationale de médecine de Lyon par la voix de MM. Boudet, Humbert-Mollière, Girin, Gayet et Renaut (4). Ces discussions ne sont pas seulement des tournois académiques ; elles ont leur utilité, puisqu'elles font proposer des médications nouvelles de l'hay fever, et, par analogie, de quelques autres troubles réflexes de la respiration.

Des théories, la dernière venue est celle de l'*origine nasale de l'asthme*

(1) GUENEAU DE MUSSY : *Clinique médicale*, t. I, 1870. — G. SÉE : Art. ASTHME du *Dictionn. encyclop.* et PARROT : Art. ASTHME du *Dictionn. de Jaccoud.* — ALLAN HERBERT : Thèse inaug., Paris, 1872. — WILLEMSENS : Thèse inaug., Paris, 1872.

(2) Morrel MACKENZIE : *Hay fever, its etiology and treatment*, Londres, 1884.

(3) Voir *Philadelphia County medical Society*, 24 sept. 1879. — *The medical Society of New-York :* réunion du 5 février 1884, à Albany. — *The American medical Association :* réunion du 6 juin 1883, à Cleveland.

(4) *Société nationale de médecine de Lyon*, 29 mai 1884.

des foins. Elle a pour patrons des médecins plus ou moins spécialisés dans la rhinologie et la laryngologie. Ils revendiquent l'hay fever comme une maladie de leur domaine, pour en faire un épisode accessoire, un accident réflexe de divers états morbides des fosses nasales.

Pour M. Allen, la rhinite, affection vulgaire, dit-il, a pour effet immédiat des altérations anatomiques de la pituitaire : hypertrophie, vascularisation, hyperesthésie et même obstruction des fosses nasales par tuméfaction ou déviation de la cloison du nez. L'impression des matières odorantes ou irritantes sur les extrémités nerveuses de la cinquième paire, provoque l'accès par un mécanisme analogue à celui des dyspnées consécutives aux lésions du nez, aux troubles respiratoires par titillation des narines, et aux phénomènes colligés par Hack (de Fribourg) dans un mémoire qui fit naguère du bruit dans la littérature d'outre-Rhin (1).

Cette opinion est partagée par MM. Roe et Daly.

De l'avis moins absolu de M. Mackenzie (de Baltimore), deux conditions motivent ces phénomènes : d'abord, l'hyperesthésie de la muqueuse du cornet postérieur et de la région correspondante de la cloison, là où se distribuent les nerfs spléno-palantins ; ensuite une modification des centres de perception. L'irritation des extrémités nerveuses occasionnerait, par voie réflexe, la turgescence vasculaire de la pituitaire, et l'asthme des foins ne serait que la manifestation respiratoire d'un *coryza vaso-motrica-periodica.*

La théorie nasale n'explique pas les accès d'asthme des foins d'individus exempts de lésions du nez. N'étant pas générale, elle est insuffisante et illégitime.

Bien que susceptible d'objections, la *théorie oculaire* de l'hay fever aurait tout autant sa raison d'être. Ne sait-on pas que Bostok, Smith, Phœbus (2), MM. Dechambre et Humbert-Mollière, font intervenir comme cause efficiente de l'asthme des foins l'intensité des rayons lumineux pendant l'été. Le mécanisme de ses manifestations consiste dans des réflexes d'origine sensorielle, et à côté du catarrhe d'*odeur*, il y aurait un *catarrhe de lumière*. Voilà donc un partage de responsabilité entre le nez et l'œil, dans la pathogénie de ces phénomènes !

Il est inutile de s'arrêter à l'opinion de Bintz et Helmoltz, à leurs vibrioniens, habitants du mucus nasal, et à l'hypothèse de *la spécificité de l'hay fever.* Cette hypothèse est aujourd'hui abandonnée. Elle vint d'ailleurs au monde avant son temps. En 1869, l'heure n'était pas au microbe, et, aujourd'hui, personne encore ne songe à l'affectation du vestibule des voies aériennes à la culture et au développement d'une bactérie spéciale.

Reste la théorie française de l'*origine arthritique et goutteuse* de l'asthme des foins. Elle a eu pour parrain un maître aimé, M. Gueneau de Mussy, et pour appui une sévère observation clinique.

Depuis, par l'analyse de deux cents cas d'hay fever, Beard (3) constatait que le tempérament nerveux était celui de la grande majorité des malades et les accidents de l'hay fever justiciables des toniques du système nerveux. Les statistiques de Mackenzie (de Londres) ne sont pas moins confirmatives des conclusions adoptées par M. Gueneau de Mussy dès l'année 1871.

Après cela le rôle d'une idiosyncrasie spéciale ou locale est, à coup sûr, atténué, et l'hay fever doit rentrer dans le cadre des manifestations neuro-arthritiques. On a invoqué l'influence des races et du climat, sa fréquence

(1) Hack (de Fribourg) : *Uber eine radical Operation. Behandlung bestimmter Formen von Migraine, Asthma, Heufeber*, etc., août 1883 ; — et *Wien. med. Woch.*, 1882-83. — Daly : *Archives of laryngology*, 1882, p. 157. — *Mackenzie* (de Baltimore) : Nasal diseases of frequent cause in asthma. *Journal of the american med. Assoc.* 20 sept. 1883. — Coryza vaso-motrica periodica. *Maryland med. Journal*, 21 juin 1884, p. 143.

(2) Phœbus (de Gressen) : *Der typischen frühsommer Catarrh*, 1860.

(3) Beard : *Hay fever or summer catarrh*, New-York, 1871.

relative en Angleterre, dans l'Allemagne du Nord, aux Etats-Unis d'Amérique, sa rareté en France, son absence dans les pays chauds, en Asie, en Afrique et en Océanie. Dans les Iles-Britanniques, c'est une maladie des comtés méridionaux à climat variable, et non des districts septentrionaux. Aux Etats-Unis, elle s'observe dans les Etats du Nord plutôt que dans ceux du Midi et des pays à température élevée; de plus, c'est une maladie de la race anglo-saxonne, c'est-à-dire de la race et des pays dans lesquels la neurasthénie, le nervosisme, le *nervouss weakness*, sont si vulgaires que des auteurs de langue anglaise en font, sous le nom d'*American nervousness*, l'attribut de leurs compatriotes. A New-York, où l'asthme des foins n'est pas rare, M. Jacobi ne l'a jamais observé sur les Allemands si nombreux dans la ville, ni M. Chaveau sur les Français. D'autre part, Wyman (1) n'en a vu qu'un seul cas chez les Indiens de l'Ouest, et encore ce cas était celui d'un enfant.

Même remarque relativement à la position sociale. Ainsi que le nervosisme, elle se rencontre dans les classes élevées ou instruites. Témoins les relevés numériques de Blackeley, Merrimann et Mackenzie (de Londres). Elle n'est pas une affection du milieu hospitalier, et les ouvriers des champs en sont exempts, malgré leur exposition continuelle aux poussières végétales, à la chaleur, à la lumière du soleil; par contre, les citadins en éprouvent plutôt les effets.

Comme la neurasthénie, elle est plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Dans la totalisation de 494 observations, je vois que 165 sont relatives au sexe féminin et 329 au sexe masculin, soit la proportion approximative de un cas chez la femme pour trois cas chez l'homme.

L'âge est aussi celui des manifestations neuro-arthritiques, c'est-à-dire l'âge adulte, car les statistiques en signalent à peine quelques cas chez l'enfant ou le vieillard. L'hérédité témoigne dans le même sens; et on a pu en établir l'influence sur 20 pour 100 des malades de Wyman et 33 pour 100 de ceux de Beard ou de Mackenzie. Dans une série de six cas, cinq des malades de M. Boudet (de Lyon) descendaient de goutteux, et le sixième, une femme, avait eu des manifestations arthritiques antérieures.

Les preuves d'étiologie ne laissent donc guère de doute sur ces rapports entre l'asthme des foins, l'arthritisme et les neurasthénies. Néanmoins tout n'a pas été dit pour cela, et la théorie nerviste de l'hay fever serait incomplète, si on ne déterminait les causes prochaines des attaques. Or, ces causes sont nombreuses, et par cela même qu'elles sont prochaines, on leur fait jouer souvent un rôle trop exclusif dans la pathogénie des accidents.

De ces causes, voici la plus vulgairement admise : l'influence des poussières, et surtout du pollen des graminées pendant la floraison et la fauchaison. Quelle est la valeur de cette cause? Pour les uns, la poussière seule provoque l'accès. En Angleterre, disent-ils, juin et juillet, où la poussière est le plus abondante, sont les mois du catarrhe d'été. En février, mars et avril, où l'atmosphère est humide, l'hay fever est plus rare. La moitié des malades de Beard invoquaient cette cause; ils attribuaient leur attaques aux poussières de toute nature et non pas seulement à celle des foins.

Pour les autres, la poussière des foins possède surtout ce privilège pathogénique, et leur opinion s'appuie sur la disparition des accès par l'éloignement hors du pays ou bien pendant la navigation maritime. Cependant, on a cité des cas où il n'en était pas ainsi. Qu'à cela ne tienne, répondent les avocats de cette théorie, la continuation de l'accès en pleine mer est due aux nuages de poussière que les vents transportent à distance des continents. Ils invoquent même à ce propos le nom de Darwin et ses opinions sur les migrations polliniques.

(1) WYMAN. *Autumnal catarrh*, New-York, 1872.

C'est que la *théorie pollinique* de l'asthme des foins possède ses fanatiques. Tel Blackley, s'efforçant d'établir un rapport entre l'intensité des accès et la quantité de pollen aspirée ; tel Marsh, n'hésitant pas à écrire ces mots qui sont une définition et expriment une erreur : *hay fever or pollen poisoning ;* il déclare en quelque sorte la spécificité du catarrhe pollinique.

Que l'odeur du pollen soit pour quelques individus l'occasion d'une attaque d'hay fever, cela ne fait aucun doute ; et on en trouve la preuve dans l'activité plus grande des émanations de l'*anthoxanthum odoratum* et du *holcus odoratus,* plus pénétrantes que celles des autres graminées ; ou bien encore dans celles d'autres végétaux à odeur. D'où le catarrhe des roses, dont parlent les *Éphémérides des Curieux de la nature* et dont Mackenzie cite un cas, le *catarrhe des violettes* signalé par Floyer et qu'éprouva Trousseau, le *catarrhe des armoises*, et, en Amérique, le *catarrhe de l'Ambrosia artemisifolia.*

Blackley, objectera-t-on, essaya de provoquer l'accès d'hay fever par l'odoration des substances qui donnent aux graminées leur parfum : la coumarine, l'acide benzoïque, etc. Ces tentatives échouèrent. L'insuccès fut le même avec des substances aromatiques de la famille des labiées, l'essence de menthe et l'essence de lavande. Entreprises pour établir l'action spéciale du pollen et la spécificité du catarrhe pollinique, ces expériences ne la démontrent pas ; elles affirment une fois de plus la variabilité des effets observés, variabilité relevant de l'état neuro-arthritique des malades. Ici donc les poussières inertes, *excitants mécaniques de la sensibilité générale,* là-bas les matières odorantes, *excitants de la sensibilité sensorielle olfactive,* provoquent par voie réflexe les manifestations dyspnéiques et catarrhales de l'hay fever. Dans les deux cas, la susceptibilité nerveuse du malade fait que, le mode d'agression différant, la manifestation est cependant la même.

On a invoqué l'intervention des influences atmosphériques, l'action de l'ozone; Blackley a démontré qu'elle était nulle. Celle de l'excitant thermique paraît mieux établie. Certes il ne s'agit pas d'un refroidissement des narines dont parle M. Roberts, naïve opinion dont on a facilement fait bonne justice, mais bien du *summer catarrh,* du catarrhe d'été de Bostok, mieux nommé catarrhe de chaleur, dont l'existence clinique et les conditions pathogéniques me semblent hors de doute.

En effet, de la céphalalgie, des frissons, une accélération du pouls et du malaise en révèlent le début ; de l'oppression et des sifflets, de l'éternuement et plus tard de la toux avec des crachats muqueux en marquent les autres périodes. Il survient pendant l'été, après l'exposition à la chaleur et à la lumière du soleil, en dehors de toute aspiration de poussières inertes ou odorantes. Comme je l'ai vérifié dans deux cas, celles-ci ne l'augmentent pas et la malade a pu séjourner impunément au milieu des foins en fenaison. L'*excitant thermique*, peut-être aussi l'*excitant lumineux* sont seuls avec la diathèse à en donner raison. Les cas dont j'ai été témoin étaient ceux d'individus en puissance de manifestations arthritiques antérieures ou actuelles, conséquemment en prédisposition d'hay fever.

Enfin, voici un argument d'analogie : le processus morbide de l'hay fever a bien quelques-unes des allures de l'urticaire. Dans l'une et l'autre, il existe de l'état congestif œdémateux; ici œdème cutané de l'éruption ortiée, là gonflement des muqueuses ; en outre, dans les deux maladies, œdèmes congestifs avec fièvre dont l'apparition est rapide, la disparition non moins prompte et, comme état diathésique, influence de l'arthritisme dans la majorité des cas.

La dyspnée des foins est donc un asthme d'origine réflexe, dans le mécanisme duquel le point d'application de l'excitant est périphérique : muqueuse nasale, oculaire ou bronchique. L'irritation provoque des changements de la vaso-motilité, et non pas la mise en jeu directe des muscles

bronchiques comme si cette dyspnée était de l'ordre des dyspnées nervoso-motrices, dans lesquelles l'excitation a directement les bronches pour siège. On en trouve la preuve dans les troubles congestifs et les flux catarrhaux de l'asthme des foins, parfois indépendants de la toux, celle-ci pouvant faire défaut ou bien exister seule.

L'hay fever a donc des allures névrosiques et surtout celles des névroses vaso-motrices. Or, si la physiologie fait entrevoir l'importance et le mécanisme de ces névroses, leur monographie n'est pas encore faite ; elle attend son historien. Voilà pourquoi, n'étant ni asthme, ni catarrhe, ni fièvre, l'hay fever est ce quelque autre chose dont il était question en commençant (1).

III

Les efforts des médecins pour combattre l'hay fever ne sont pas moindres que pour en déterminer la pathogénie.

Celui qui regarde l'asthme des foins comme l'épisode d'une lésion nasale, n'a pas à tenir compte du tempérament ou de l'état diathésique. Pour lui, la curation des altérations locales est tout, et toute la maladie est dans le nez. C'est peu assurément.

Il en est tout autrement quand on le considère comme un réflexe respiratoire de forme asthmatique, catarrhale et parfois fébrile. Ici, à côté des facteurs étiologiques incidents, c'est-à-dire des causes occasionnelles, il existe l'intervention puissante et prédisposante de l'état diathésique. Il faudra satisfaire à une double indication : 1° prévenir les accès et les combattre ; 2° modifier l'état général.

La prophylaxie des accès a été très diversement essayée ; les plus fameux moyens ont tous pour objet de prévenir l'irritation des muqueuses oculaire, nasale et buccale par les poussières pathogènes : telles sont les lunettes de Hannay (2), simples ou munies d'une pince à ressort dont la compression ferme les narines ; l'appareil garni de camphre ou d'acide phénique introduit par Thorogwood entre les narines (3), l'ouatage des fosses nasales, l'onction des ailes du nez avec la pommade au benzoate de zinc, ou bien encore le voile de gaze, protecteur des yeux, du nez et de la bouche, couvrant tout le visage et se fixant sur les épaules.

Diversifiés par le génie des inventeurs anglo-saxons, ces moyens sont de banalité et d'innocence. On s'en était contenté en Angleterre et en Amérique jusque dans ces derniers temps ; mais voici l'avènement de la théorie nasale. Ses avocats imaginent la cure chirurgicale de l'asthme des foins.

Leurs procédés sont radicaux. Quels résultats en a-t-on obtenus ? Il est difficile d'en juger, le témoignage tout paternel de leurs inventeurs ayant jusqu'ici été seul entendu ou publié. L'état morbide de la pituitaire et surtout de sa zone dite olfactive étant la cause de la maladie, il faut la modifier, au besoin même la supprimer. Avec ces principes pour méthode, ce raisonnement pour guide et le thermo ou le galvano-cautère pour moyen, ils prétendent avec Daly et d'autres anéantir l'idiosyncrasie locale et la rhinite chronique, en modifiant par des ponctuations ignées les capillaires de la muqueuse et ses nerfs.

M. Roe (4) est encore plus énergique. Sans hésitation, il pratique l'abla-

(1) Blackley (de Manchester), *Hay fever*, 1873, Londres. — Marsh, *Hay fever or pollen poisoning*, *New-Jersey med. Society*, 1877. — Elliotson, *London med. gaz.*, 1829, t. IV, p. 266. — Albott Smith, *Observations on hay fever*, 1865. — Perrie, *Hay asthma*, 1867. — Moore, *Hay-fever*, 1869. — Roberts, *N. J. med. Gaz.*, oct. 1870. — Bostock, *The med. Transactions*, 1819, t. X, p. 156, et 1828, p. 457.

(2) *Brit. med. Journ.*, 1831, t. II, p. 187.

(3) *The Lancet*, 1881, t. II, p. 82.

(4) Daly (de Pittsburg) (*Arch. of laringology*), 1852, t. II, p. 137. — Roe (de Rochester), *N. Y. med. Journ.*, mai 1883 et mars 1884.

tion de la zone olfactive du cornet inférieur, qui d'après Mackenzie (de Baltimore) est : *that area wich contains the greatest number of the spheno-palatine nerves.* C'est donc une éradication de l'hay fever par la suppression de la surface olfactive. Quelle est la valeur de ce procédé ? Je ne m'y arrête pas, car dans son pays d'origine, il passe pour l'exagération tout américaine du très banal aphorisme : *sublata causa, tollitur effectus.*

Un autre mode de traitement a la prétention d'être anti-parasitaire ; c'est celui des partisans de l'origine microbique de la maladie. Helmoltz préconisait les injections avec la solution de salicylate de soude, et d'autres les inhalations de vapeurs de benjoin. Ces tentatives, comme la théorie qui les inspirait, demeurèrent sans succès et sans imitateurs.

Aussi le changement de climat est-il considéré comme le moins infidèle des moyens prophylactiques. Il n'est cependant pas toujours suivi de résultats utiles.

Les manifestations locales, nasales, oculaires et bronchiques sont justiciables des médications classiques. Contre les premières on emploie les collyres astringents au sulfate de zinc et de cuivre ou sédatifs à la morphine, les lotions à l'acétate de plomb, les fomentations d'eau tiède simple ou salée. Contre le coryza, les douches nasales tièdes, les insufflations d'un mélange pulvérulent de parties égales de chlorhydrate de morphine et de sous-nitrate de bismuth. Enfin, contre la dyspnée, on préconise les fumigations de datura stramonium, de belladone, la fumée de papier nitré, la lobélie, et la teinture d'opium à l'intérieur, celle-ci dans le but d'atténuer la dyspnée et la toux, de diminuer les sécrétions bronchiques et de calmer le système nerveux.

On voit que les médicaments ne manquent pas; tous sont loin d'être efficaces et mêmes utiles. Celui qui rend les plus grands services au début de l'accès est l'inhalation de vapeurs anesthésiques d'éther, ou, de l'avis de M. Humbert-Mollière, de liquides aromatiques, essence de lavande et de verveine, ou bien encore de leur mélange avec l'alcool dans l'eau de Cologne. Sous leur influence, les éternuements et les spasmes perdent leur violence.

L'accès est-il établi ? Les injections sous-cutanées de morphine procureront de réels bénéfices comme médication eupnéique et comme modificatrices de l'innervation.

Modifier l'état général, telle est la deuxième indication. C'est ainsi que les eaux minérales, le Mont-Dore et la Bourboule, Contrexéville même, dans le cas de M. Humbert-Mollière, ont procuré des guérisons, en atténuant l'état diathésique, ou en améliorant la nutrition générale. C'est ainsi encore que l'hydrothérapie est utile, comme modificateur général, et comme modificateur réflexe de la vaso-motilité, à preuve les services que rend, au début du catarrhe de chaleur, une lotion fraîche et rapide : elle peut, comme j'en ai été témoin, arrêter l'attaque et produire la sédation.

L'efficacité des toniques du système nerveux a été signalée surtout par Beard. On prescrira donc le thé, le café, la coca et le quinquina dans les cas où il existe de l'asthénie. C'est alors aussi qu'on retirera des avantages réels du traitement que j'ai signalé pour combattre les états neurasthéniques (1). C'est ainsi enfin qu'on peut expliquer les avantages que Thorogwood trouvait dans l'administration du citrate de caféine, qu'on obtient par le régime et les préparations arsenicales ou les bromures.

CH. ÉLOY.

(1) *Les neurasthénies et leur traitement* (*Union médicale*), 1883, t. XXXVI, 3e série.

BIBLIOTHÈQUE

Des fractures chez les syphilitiques, par le docteur Louis Gellé, interne des hôpitaux. — Paris 1884 ; A. Delahaye et E. Lecrosnier.

En présence des contradictions des auteurs, il n'était pas inutile d'essayer un travail synthétique capable de fixer nos idées sur l'influence que la syphilis peut exercer comme cause prédisposante des fractures ou comme cause efficiente des pseudarthroses. Notre collègue a mené à bien cette tâche délicate. Il a utilisé avec soin les faits historiques ; nous avons retrouvé notamment dans sa thèse le curieux document exhumé par le docteur L. H. Petit, et publié dans *l'Union médicale* du 24 juin dernier (Obs. de Beulac, 1811, relative à un retard de consolidation auquel mit fin le traitement spécifique).

Suivant l'exemple donné par M. le professeur Verneuil dans ses remarquables études de pathologie générale, M. Gellé considère successivement l'influence de la syphilis sur la fracture et l'influence de la fracture, ou plus exactement du traumatisme causant la fracture, sur la syphilis. Il examine si la syphilis peut être considérée comme une cause prédisposante des fractures à la période primitive, secondaire, tertiaire ; si elle agit sur la marche de la fracture, en retardant la consolidation à ses différentes périodes, et si, réciproquement, le traumatisme agit à une quelconque des périodes comme provoquant l'apparition d'accidents spécifiques. Voici le résumé de cette étude, tracé par l'auteur lui-même.

1° Dans la syphilis héréditaire, on peut observer :

Chez les nouveau-nés, deux ordres de lésions : des décollements épiphysaires et des fractures soit juxta-épiphysaires, soit au milieu même de la diaphyse, lésions qui donnent lieu à des pseudo-paralysies.

Chez des enfants plus âgés, des fractures qui évoluent et se consolident sans traitement spécifique, comme des fractures chez des individus sains, bien que dans quelques cas l'enfant ait présenté quelque temps après des lésions spécifiques nettes, gommes, etc.

2° La syphilis acquise, presque toujours à la période tertiaire :

A. Constitue une cause prédisposante aux fractures, cause qui apparaît des plus nettes dans nombre de fractures spontanées, soit que la syphilis ait engendré une altération générale du système osseux, comme paraissent le démontrer quelques rares observations, soit qu'elle ait déterminé une lésion locale qui a diminué en ce point la résistance de l'os.

B. Retarde, dans un certain nombre de cas, la consolidation des fractures ; quelquefois est une cause de pseudarthrose, bien que, dans la majorité des cas, la fracture se consolide à la suite d'un traitement approprié.

C. Peut causer l'ulcération spécifique de la plaie en voie de cicatrisation, lors de fracture compiquée.

D. Dans quelques cas se manifeste au niveau de cicatrices, de cals qui constituent un locus minoris resistentiæ.

Conclusion : La syphilis nous paraît donc avoir un rôle nettement établi dans la genèse et l'évolution des fractures, elle nous paraît pouvoir se manifester tardivement au niveau d'une fracture ancienne ; aussi, dans tous les cas où l'on observera, soit une fracture qui ne paraît pas en rappport avec l'intensité du traumatisme original, soit un retard ou un manque dans la consolidation, on devra songer à elle, la chercher s'il y a lieu, la traiter, en même temps qu'on mettra en œuvre les autres moyens dont on dispose pour amener la consolidation des fractures.

Des fractures du cubitus par cause indirecte, et de la fracture du radius par torsion, par le docteur F. Brossard, ex-interne des hôpitaux de Lyon. — Paris 1884 ; J-B. Baillière.

Inspiré par un cas observé à l'hôpital militaire de Marseille en 1880, et par une communication de M. Poncet, en 1883, à la Société des sciences médicales de Lyon, le travail de M. Brossard s'appuie sur des observations et des expériences. Le but qu'il s'est proposé n'a pas été d'embrasser l'étude de toutes les solutions de continuité dont le cubitus peut être affecté. Celles qui intéressent l'olécrâne ou qui proviennent d'une cause directe sont entrées dans le domaine classique par des travaux trop complets pour que leur pathogénie puisse bénificier de nouvelles recherches ; mais il n'en est point ainsi des fractures indirectes de cet os, qu'on a vaguement expliquées par contre-coup ou par action musculaire. C'est pour mieux définir ces dernières que l'auteur a mis à profit des

observations cliniques empruntées à M. Poncet et à M. Sabatier, des observations personnelles et surtout de nombreuses recherches cadavériques. Voici les conclusions de ce travail, qui n'est pas sans faire honneur à l'excellente école de Lyon :

La fracture du cubitus par cause indirecte, à peine mentionnée par quelques auteurs, est une lésion traumatique de l'enfance et de l'adolescence.

La constitution des os à ces périodes de la vie et le rapport de résistance entre le tissu osseux et les ligaments articulaires en expliquent la raison.

L'observation clinique, jointe à l'expérience cadavérique, démontre que cette solution de continuité peut se rattacher à deux causes : le choc vertical ou la torsion.

Elle résulte :

1° Du choc vertical, quand, dans l'adduction générale du membre, l'inclinaison cubitale de la main fait du cubitus l'agent de transmission au carpe des pressions qu'il reçoit ;

2° De la torsion, lorsque, par une supination exagérée, les faces postérieures des deux os de l'avant-bras se rencontrant, leur contact tend à fléchir le cubitus d'avant en arrière.

Le siège et la forme de la fracture varient suivant ces deux mécanismes et aussi, d'une façon très notable, suivant l'âge des sujets intéressés, comme le montrent du reste nos expériences.

Le caractère commun de ces solutions de continuité est d'être incomplètes et sous-périostiques ; ce dernier diagnostic est le seul qui puisse se faire sur le vivant.

L'absence de déformation du membre et de mobilité des fragments exposant à confondre ces fractures avec des contusions osseuses, l'erreur sera évitée par l'étude attentive de la cause productrice, par l'importance qu'on attachera au gonflement limité et à la douleur dont aucune autre cause n'expliquera la fixité de siège.

Cette lésion méconnue peut être le point de départ d'accidents inflammatoires graves, il importe donc de la reconnaître et de la soumettre à l'immobilisation qui, la plupart du temps, sera suffisante pour amener la guérison.

La torsion dans la pronation détermine sur le radius une fracture que nous n'avons pas trouvée décrite, elle se traduit par une fêlure dont le trait peut revêtir une forme hélicoïde. Cette fêlure s'accompagne souvent de fracture transversale incomplète et quelquefois de décollement de l'épiphyse inférieure.

REVUE DES JOURNAUX

Journaux anglais et américains.

Des prétendus rapports de l'ovulation avec la menstruation, par Lawson Tait. (*The medical Progress*, 5 juillet 1884.) — La menstruation chez la femme n'a aucune analogie avec la période du rut chez les animaux inférieurs. Rien ne démontre que l'approche de la période menstruelle soit signalée ou accompagnée par l'exacerbation des désirs sexuels.

Quant à la question de savoir ce que l'imminence de l'ovulation, ou la maturité d'un follicule de Graaf a à faire avec le processus menstruel, l'observation démontre que, dans bon nombre de cas de double dégénérescence kystique des ovaires, la menstruation peut continuer à se faire régulièrement pendant tout le développement de la tumeur, d'où on peut inférer que cette fonction ne dépend en rien de la maturité et de la rupture des vésicules de Graaf.

Sur 49 cas d'ovariotomie double, il n'y en avait que 9 où il fût évident que la menstruation et l'ovulation s'accomplissent concurremment, 15 n'apportaient qu'une démonstration négative, et 25 fournissaient des arguments contraires à la théorie ovarienne de la menstruation. Dans un cas, on pratiqua l'ovariotomie double pour une épilepsie menstruelle chez une jeune femme de 23 ans. L'opération eut lieu quatre jours avant la période menstruelle présumée. Un follicule venait de se rompre (probablement pendant l'opération) sur l'ovaire droit et un autre était sur le point de se rompre à la surface de l'ovaire opposé.

D'après l'ancienne théorie, il faudrait croire alors que deux menstruations pourraient avoir lieu successivement à quelques jours de distance, et cela avec un utérus et des ovaires parfaitement sains, car, dans ce cas et dans plusieurs autres semblables observés par l'auteur, il était parfaitement clair que l'ovulation du second ovaire allait suivre celle du premier à quelques jours de distance. Une autre inconsistance de la théorie ovarienne réside encore dans ce fait d'observation, qu'on a vu des menstruations parfai-

tement régulières se faire dans des cas d'affections des trompes de Fallope; mais, dans ces cas, les ovaires sont tellement désorganisés en général que, non seulement il n'y a aucune vésicule mûre à la surface, mais on ne saurait souvent en trouver de simples traces.

En conséquence, la fonction de l'ovulation n'a que peu de rapports, si elle en a, avec la fonction de menstruation; il est, au contraire, très probable que cette dernière fonction est intimement liée au fonctionnement des trompes de Fallope. — L. Dn.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1884.

Paris. — Conformément à notre pronostic porté dès le premier jour, des cinq cholériques de l'hôpital Bichat, les deux survivants sont en pleine convalescence et doivent prochainement quitter l'établissement.

Depuis, aucun cas suspect n'a été signalé dans les habitations ou l'entourage de ces malades; aucun autre cholérique n'a été admis dans le service de M. Huchard. Conséquemment, notre appréciation est confirmée par les faits, et cette explosion cholérique était locale et reste isolée, sans qu'il soit possible, comme à Puits-le-Bon, d'établir la voie de contamination pour quatre des malades.

Le 15 ou le 16, d'après le rédacteur médical du *Temps*, il y aurait eu, à Saint-Ouen, un cas de choléra grave, à marche rapide, et terminé par la mort en quelques heures. Ce serait celui d'un manouvrier. Toutefois, les renseignements font défaut, au point de vue médical, dans la note que publie notre confrère de la presse politique. Il y a donc lieu, jusqu'à justification, de considérer le cas et l'information comme douteux.

Province. — L'épidémie est éteinte ou s'éteint dans la plupart des dix-sept départements contaminés : les Basses-Alpes, les Hautes-Alpes, les Bouches-du-Rhône, l'Aude, l'Ardèche, la Corse, la Drôme, le Gard, la Haute-Garonne, l'Hérault, les Hautes-Alpes, le Rhône, les Pyrénées-Orientales, la Seine, le Var, l'Yonne et le Vaucluse. Les statistiques officielles évaluent leur mortalité cholérique totale à 5,000 décès jusqu'au 15 septembre.

C'est actuellement le département des *Pyrénées-Orientales* qui est le plus éprouvé. Du 11 au 19 septembre, on y a compté 74 décès, soit dans les localités précédemment éprouvées, soit dans les communes nouvellement contaminées de Fenestrat, Espirat-du-Confluent et Marquisiane. La semaine dernière, la mortalité cholérique de ce département était de 90 décès.

Dans le *Var*, du 11 au 19 septembre, il y a eu 25 décès, dont 19 à Toulon. La semaine dernière, il s'était élevé à 45. Dans les *Bouches-du-Rhône*, l'atténuation a été encore plus manifeste, car on a constaté, à Marseille, 15 décès seulement et 1 seul à Tarascon.

Voici quelle a été la répartition par nationalité des victimes du choléra dans la première de ces villes : Français, 1,140; Italiens, 427; Espagnols, 19; Grecs, 11; Allemands, 3; Américains, 2, et Suédois, 1.

Enfin, depuis huit jours, on a enregistré 9 décès dans l'*Hérault*, 10 dans le *Gard*, 1 dans le *Vaucluse*, 2 dans l'*Aude*. Dans l'*Ardèche*, la situation est toujours grave à Saint-Remèze et Villeneuve-de-Berg.

En *Algérie*, on signale des cas douteux dans le quartier israélite d'Oran, et même 3 décès suspects à l'hôpital de cette ville. On a pris les plus grandes précautions d'isolement et de désinfection.

Etranger. — En *Italie*, du 10 au 17 septembre, les bulletins officiels mentionnent une morbidité totale de 5,654 cholériques, dont 4,395 à Naples, et une mortalité de 30,18 décès dans tout le royaume, dont 2,526 à Naples. Ces chiffres expriment assez bien par eux-mêmes, et sans commentaires, l'état stationnaire et la violence de l'épidémie.

En *Espagne*, la morbidité, qui avait été peu considérable la semaine dernière, augmente depuis lundi. Les décès sont plus nombreux et de nouvelles localités ont été envahies. Le gouvernement espagnol a déclaré, du 10 au 17 septembre, 135 cas, et 109 décès dans les provinces d'Alicante, de Lérida, de Catalogne et de Terragone.

C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 9 septembre 1884. — Présidence de M. ROLLAND.

M. le PRÉSIDENT, à la suite de la correspondance, prononce les paroles suivantes :

« Mes chers confrères,

« Permettez-moi d'interrompre un instant vos travaux pour vous adresser quelques paroles qui recevront certainement votre assentiment unanime.

« Notre illustre confrère M. Chevreul vient d'entrer dans sa quatre-vingt-dix-neuxième année. Je saisis avec empressement cet aniversaire, où une année nouvelle vient de s'ajouter à sa longue et glorieuse vie, pour lui renouveler, au nom de l'Académie et en mon nom personnel, l'expression des sentiments d'affection et de profond respect que nous lui avons dès longtemps voués.

« Nous sommes heureux de constater aujourd'hui la continuation de la brillante santé de notre illustre doyen, dont la puissante organisation physique et intellectuelle semble à l'abri des atteintes du temps.

« Nous pouvons donc avoir la confiance que, pendant de longues années encore, nous aurons le bonheur de voir, chaque lundi, notre vénéré confrère venir, avec l'exactitude dont il a toujours donné l'exemple, prendre dans nos séances la grande et glorieuse place qu'il y occupe depuis plus d'un demi-siècle, aux applaudissements du monde scientifique tout entier. »

M. CHEVREUL remercie M. le Président et exprime sa reconnaissance de l'accueil affectueux qu'il a toujours rencontré au sein de l'Académie.

M. DUROY DE BUIGNAC adresse une note sur la direction des aérostats.

« L'essai remarquable du 9 août a fait entrer la navigation aérienne dans une phase nouvelle pour le public ; on peut regarder comme prochaine la solution dont on avait, à tort, désespéré. Mais le problème reste et restera longtemps difficile, et il importe de n'omettre aucun des éléments de solution déjà acquis.

« Le résultat dépend de deux conditions principales, qu'il convient de ne pas séparer l'une de l'autre : accroître la puissance du moteur et diminuer la résistance de l'air.

« Les savants auteurs de l'essai du 9 août paraissent s'être appliqués surtout à forti fier le moteur, et ils ont atteint à cet égard une amélioration importante. Ils n'ont pas oublié la seconde condition du problème, la forme de leur aérostat en fait foi ; mais ils n'ont pas utilisé (peut-être ne l'ont-ils pas cru encore possible ?) tout ce dont ils disposaient pour diminuer la résistance.

« L'une des conditions qu'ils se sont attachés à remplir était celle-ci : « rapprochement « des centres de traction et de résistance pour diminuer le moment perturbateur de la « stabilité verticale. »

« Cette précaution est bonne assurément pour la stabilité ; c'est peut-être parce qu'elle n'était pas assez complètement prise que MM. Renard et Krebs ont éprouvé, « à plusieurs « reprises, des oscillations de 2° à 3° d'amplitude, analogues au tangage... » J'ai annoncé, dans un travail dont il a été rendu compte à l'Académie (9 novembre 1874), que cet effet se produirait, avec les formes d'aérostats habituelles, dès que l'on atteindrait une vitesse importante. Mais, à moins de bourrasque, cet effet de tangage ne saurait être que gênant et pas dangereux ; le grand défaut de la dénivellation de l'aéostat est d'augmenter beaucoup la résistance.

« Un calcul très simple, publié il y a dix ans, et au sujet duquel il ne saurait y avoir de dissentiment notable, montre que la résistance de l'air à la translation de l'aérostat est proportionnelle au cube du sinus de l'angle d'incidence du vent relatif. Par conséquent, pour les petits angles, que l'on adopte avec raison, une variation d'angle de 2° à 4° double ou triple (environ) la résistance. Voilà un obstacle capital qu'il ne faut pas perdre de vue.

« Voilà pourquoi il importe beaucoup, non pas seulement de rapprocher, comme on l'a fait, les centres de traction et de résistance, mais de les faire coïncider tout à fait. C'est là, je crois, la condition qu'il conviendrait de s'imposer principalement à l'avenir. Jusque-là, on négligerait d'écarter l'obstacle le plus important et l'on s'exposerait à des mécomptes.

« Cette construction présente des difficultés, mais elle n'arrêterait pas un constructeur habile ; si l'on hésite à la tenter pour un seul aérostat, on la trouvera beaucoup plus aisée avec deux aérostats parallèles. J'en ai donné l'indication dans une note, remise l'année dernière à l'Académie pour le concours du prix Pénaud.

« En réalité, ce genre de construction éloigne moins par une difficulté réelle que par l'accroissement inévitable du poids mort. Cet inconvénient, selon moi, serait hors de proportion avec l'avantage. On ne peut le décider que par un essai sérieux.

« Je crois que, avec la précaution de construction dont il s'agit, l'aéronautique serait déjà entrée dans une phase pratique, à l'aide seulement des moteurs beaucoup moins parfaits connus depuis quelques années. »

Parmi les ouvrages envoyés à l'Académie, nous remarquons les suivants :

Recherches expérimentales sur les mouvements respiratoires des insectes, par Félix Plateau. Bruxelles, F. Hayez, 1884 ; in-4°.

Recherches sur la force absolue des muscles des invertébrés, 2e partie, par M. Félix Plateau. Bruxelles, F. Hayez, 1884 ; br. in-8°.

Géographie médicale d'Alger et de ses environs, par M. Bonnafont. Alger, Brachet et Bastide, en 1839 ; in-8°. (Présenté par M. le baron Larrey.)

Etude climatologique du département du Cher, par H. Duchaussoy.

Nicolas Leblanc, sa vie, ses travaux et l'histoire de la soude artificielle, par Aug. Anastasi. Paris, Hachette et Cie, 1884 ; 1 vol. in-12.

Traité de pathologie interne, par le docteur A. Strümpell, traduit de l'allemand par le docteur J. Schramme ; t. I. Paris, F. Savy, 1884 ; in-8°.

Eclairage des trains de chemins de fer par l'électricité combinée avec le gaz. Système de M. le docteur D. Tommasi, Paris, *Moniteur industriel,* 1884 ; in-8°.

FORMULAIRE

Des injections sous-cutanées d'éther.

Dans la pneumonie adynamique, quand il existe une dépression considérable des forces, que les moyens ordinaires ont été épuisés sans succès et que le malade est menacé d'asphyxie, le docteur H. Barth injecte sous la peau le contenu d'une seringue de Pravaz d'éther sulfurique. Il répète l'injection une seconde fois, et même une troisième et une quatrième fois le même jour, dans les cas graves. Ces injections rendent la toux plus facile et permettent aux bronches de se désobstruer. On les pratique à la face externe des cuisses, au dos et aux flancs. Elles déterminent une sensation de brûlure assez vive, mais qui ne persiste pas longtemps.

Le docteur Féréol a recours aux injections hypodermiques d'éther, toutes les fois qu'il constate un affaiblissement très prononcé, consécutif à une hémorrhagie, à une fièvre typhoïde, etc. Elles constituent à ses yeux un excellent moyen de rappeler à la vie des malades épuisés, et menacés d'une mort prochaine. — Le docteur Moutard-Martin les a employées aussi avec succès, contre l'algidité et les crampes du choléra. — N. G.

COURRIER

Nous avons dit, dans le numéro de mardi dernier, que M. le docteur Schœffel, qui vient de mourir, avait été nommé médecin-chef de l'hôpital militaire de Lille. C'est une erreur; M. le docteur Chabert, médecin principal de 1re classe, occupe cet emploi depuis six mois.

Nécrologie. — M. le docteur Oulmont, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine et médecin en chef de la Compagnie des chemins de fer de l'Est, officier de la Légion d'honneur, est mort hier matin 18 septembre. C'est une grande perte pour le corps médical, qu'il honorait par son talent et par son caractère. Nous envoyons à son neveu, notre ami P. Oulmont, médecin des hôpitaux, l'expression de notre plus vive sympathie à l'occasion de ce douloureux événement.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

Atrophie progressive unilatérale de la face

Observation par MM. Mierzejewsky, professeur à l'Université de Saint-Pétersbourg, et Erlitzky, agrégé à la même Université (1).

Les notions actuellement acquises, relatives à l'atrophie unilatérale de la face, décrite pour la première fois par Purry en 1825, puis par Stilling et Romberg, qui la considéra comme une tropho-névrose, ne sont pas suffisantes pour démontrer l'altération anatomo-pathologique qui est cause de cette extraordinaire maladie.....

Notre observation, si on tient compte des points caractéristiques qu'elle présente, est destinée à jeter un peu de lumière sur certains points restés encore obscurs de l'étiologie de ce processus morbide extrêmement intéressant. Voici cette histoire :

A. Sch., femme de 31 ans, mariée depuis six ans, a deux fils en bas âge et d'une bonne santé. Sa mère est morte à 35 ans, à la suite d'un accouchement laborieux. Pas de traces d'antécédents nerveux, non plus que chez son père, mort à 58 ans « de fièvre ». De quatre sœurs, notre malade en a perdu trois par maladies infectieuses ; la quatrième vit encore, se porte bien et est mère de huit enfants. Son seul frère est mort, à 23 ans, d'épilepsie, dont il souffrait depuis l'enfance.

Notre malade a joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 10 ans. Elle était considérée comme une fillette des plus intelligentes. A cet âge, elle éprouva un jour une frayeur très vive ; elle rentra chez elle fort émue et commença à se plaindre de vertiges et de douleurs de tête. Le soir même, elle fut prise d'une attaque d'épilepsie, précédée d'un sentiment d'oppression dans toute la poitrine et de chaleur dans toute la face. Durant le paroxysme elle perdit complètement connaissance, et il paraît que cet accès fut accompagné de convulsions, de respiration stertoreuse et suivi d'un court sommeil.

Trois mois se passèrent pendant lesquels la malade fut très bien ; puis survint un second accès semblable au premier. Depuis ce temps, c'est avec une fréquence toujours croissante que les accès se répétèrent, en s'accompagnant toujours des mêmes phénomènes.

Un an environ après le premier accès, on remarqua que les deux moitiés de la face n'étaient plus symétriques. La moitié gauche semblait plus petite que la droite ; cette différence, d'abord très minime, devint très évidente au bout de trois ans, au point que la malade elle-même le remarquait, surtout en regardant la dépression formée par le sillon médian du menton, et qui divisait profondément et comme en deux moitiés le maxillaire inférieur.

Les attaques épileptiques persistèrent malgré l'apparition des règles à 18 ans, et la face s'atrophiait progressivement dans sa moitié gauche, ce qui causait un grand chagrin à la pauvre fille. Cependant, elle se maria à 25 ans.

Immédiatement après le premier coït, elle fut prise d'une convulsion épileptique des plus violentes, et qui fut la dernière, car durant six ans de mariage, elle n'en souffrit plus. Mais au lieu de ces attaques, elle se plaignait de fortes douleurs de tête accompagnées de maux de dents.

Au bout d'un an, les douleurs disparurent, mais furent remplacées par une sensation désagréable et mal définie, qui se répandait par toute la tête et s'accompagnait d'une certaine difficulté dans les opérations intellectuelles, toutefois sans perte de connaissance. Ces accès se reproduisent encore actuellement sous l'influence des fatigues physiques et des émotions pénibles. Ils durent de 1 à trois minutes.

La malade affirme que l'atrophie de la moitié gauche de la face a augmenté progressivement dans ces dernières années.

Examen de la malade : femme de taille moyenne, brune et mince. Crâne régulièrement conformé ; pupilles égales. La face présente une asymétrie notable ; la moitié gauche est amaigrie, sillonnée de rides et semblable à la figure d'une vieille femme fatiguée par la maladie....

Par suite de la diminution considérable qu'a subie la branche horizontale du maxil-

(1) Traduit et analysé de la *Médecine contemporaine*, de Naples.

laire inférieur, le sillon du menton est porté à gauche. La couleur de la peau du côté atrophié ne présente rien d'extraordinaire, sauf quelques petites taches jaunâtres dans la région du maxillaire inférieur. La peau est moins épaisse à gauche qu'à droite. Cette différence est particulièrement remarquable à la région temporale, au niveau de l'os zygomatique, et dans la région verticale et horizontale du maxillaire inférieur ; dans tous ces points se remarquent des rides.

La sensibilité au toucher et à la douleur n'a pas subi d'altérations. Sous l'influence des courants induits et des courants constants, la peau du côté malade se colore de la même manière que celle du côté sain.

De même on n'observe pas de différences dans la température, la transpiration, ni dans le développement des vaisseaux artériels et veineux. Il faut remarquer que l'atrophie se localise spécialement au niveau du maxillaire inférieur et dans certains muscles comme le temporal, le buccinateur, le masseter, le mylo-hyoïdien, le ventre antérieur du digastrique. Leur réaction électrique est d'ailleurs normale.

La langue, muscles et muqueuse, ne présente aucune différence dans ses deux moitiés.

La partie gauche du voile du palais est un peu plus petite que la droite. Dans la mastication, la malade éprouve un peu de gêne dans l'articulation temporo-maxillaire gauche, sans que les mouvements articulaires soient affaiblis.

L'état général est satisfaisant, et l'on n'observe rien du côté des organes des sens ni dans la moitié gauche du corps.

Dans le cas présent, il faut commencer par exclure absolument l'idée d'une atrophie du tissu adipeux et du tissu cellulaire sous-cutané. Il ne faut pas non plus attacher aucune importance à l'hypothèse de lésions vaso-motrices, en présence du développement égal des vaisseaux grands et petits dans les deux moitiés de la face et du cou; d'ailleurs, nous n'avons pas noté de différences dans la coloration de la peau, dans la température, ni dans la transpiration.

Nous avons affaire à un processus pathologique d'origine trophique. Mais il faut mettre de côté les affections des nerfs périphériques; nous en avons la preuve dans l'intégrité de la sensibilité et des mouvements, et dans la réaction électro-musculaire.

Tout parle en faveur de l'origine centrale de l'affection. Nous voyons dans les antécédents de la malade qu'elle a éprouvé dans l'enfance des accidents épileptiques à la suite desquels s'est produite la diminution de la moitié gauche de la face. *A mesure que ces accès devenaient plus fréquents, l'atrophie devenait aussi plus manifeste.* Il y avait concordance entre ces deux symptômes, qui ont marché d'un pas égal jusque dans ces derniers temps où les attaques épileptiques ont diminué d'intensité. Il n'y a donc nul doute sur l'origine centrale de la maladie et sur son caractère essentiellement trophique. Etudions-en maintenant l'extension.

Une étude attentive nous montre que l'atropie ne s'étend pas au delà de la région innervée par *le nerf maxillaire inférieur*. Dans le processus sont intéressés les rameaux qui se rendent au muscle masseter, les nerfs temporaux profonds qui irradient au muscle de ce nom, et le nerf mylo-hyoïdien, qui donne des filets à ce muscle et au ventre antérieur du digastrique. Le nerf ptérygoïdien interne et le muscle homonyme ne restent pas étrangers à l'atrophie.

Le nerf buccal, d'après Longet, ne donne pas de filets musculaires et appartient exclusivement à la classe des nerfs sensitifs; le muscle buccinateur recevrait tous ses nerfs du facial. Mais Cruvelhier, au contraire, soutient que le nerf buccal envoie quelques rameaux à ce muscle. L'atropie du buccinateur constatée par nous milite en faveur de cette dernière opinion. Comment expliquer autrement que, de tous les muscles innervés par le facial, un seul soit atteint d'atrophie? Enfin, on sait que le nerf buccal envoie un rameau au muscle ptérygoïdien externe, et cette notion désigne encore le nerf buccal comme un nerf mixte, conformément à l'opinion émise par Cruvelhier.

Tous les nerfs que nous venons de citer appartiennent à la branche motrice du nerf maxillaire inférieur. Il n'y a d'exception que pour le mylo-hyoïdien, qui appartient à un autre groupe de nerfs sensitifs provenant de la division du maxillaire inférieur, et c'est précisément dans la région innervée par un des rameaux de cette dernière branche (nerf dentaire inférieur) que nous avons observé la trace de l'atrophie des groupes musculaires. La branche horizontale du maxillaire inférieur du côté gauche est beaucoup plus courte et plus mince que celle du côté droit. La peau, sur toute l'étendue de cette zone du maxillaire inférieur, conserve une épaisseur moindre. Surtout il est facile de constater un amincissement cutané considérable dans la moitié gauche du menton et de la lèvre, de même qu'il y a des signes visibles d'atrophie dans le territoire de l'auriculo-temporal. Nous avons constaté l'atrophie cutanée de la tempe, et nous avons remarqué qu'au voisinage de l'oreille la peau présentait des rides superficielles. Enfin,

le territoire du dernier nerf du groupe (nerf lingual), membrane muqueuse, papilles filiformes et fungiformes, ne présente aucune trace d'atrophie. Après un examen aussi complet que possible, nous voyons donc que l'atrophie de la moitié gauche de la face se limite à la région innervée par la troisième branche de la cinquième paire, et que l'appareil moteur est principalement affecté. De telle sorte que, pour trouver le foyer central de la maladie, nous devons remonter au point de départ de la racine motrice du maxillaire inférieur, et, en procédant ainsi, nous arrivons à l'origine motrice du trijumeau situé dans l'angle latéral du quatrième ventricule, au-dessous du *locus cœruleus* ou substance cendrée (région du pont de Varole). Nous trouvons là le centre convulsif (Kramphcentrum).

Depuis les expériences de Nothnagel sur les animaux, on sait qu'on peut provoquer, en agissant sur ce point, des convulsions épileptiformes diffuses, et nous croyons utile de rappeler que les convulsions les plus violentes s'obtiennent à la suite de l'excitation du *locus cœruleus*. Nous devions donc admettre chez notre malade une lésion dans la région du *locus cœruleus*, dans le ganglion moteur et dans les racines sensitives du trijumeau. Ensuite, nous devions nous demander comment une lésion ayant son siège dans le pont de Varole ne donnait pas le tableau clinique propre aux lésions de la substance cérébrale dans cette région, à savoir une paralysie sous une forme quelconque. Cette difficulté semblait devoir faire renoncer à l'idée d'une lésion centrale. Toutefois, en considérant la lésion comme *exclusivement* limitée aux ganglions du trijumeau, nous trouvions l'explication de l'absence de paralysie du côté opposé du corps; cette absence se réduisait à un fait très ordinaire et très connu, puisque les cellules nerveuses du pont de Varole, qui peuvent être regardées comme des centres nerveux pour différentes parties du corps (Schiff, Deiters), sont situées à une certaine distance des noyaux du trijumeau.

Il faut cependant supposer que cet intervalle entre les centres est suffisamment rempli par un réseau nerveux ou des fibres commissurales pour qu'une lésion matérielle de l'un d'eux puisse être réfléchie et produire au moins une lésion fonctionnelle du centre voisin. De cette façon, une action réflexe peut expliquer les attaques épileptiformes de notre malade. Nothnagel considère les convulsions provenant d'un certain centre du pont de Varole comme de nature réflexe, et il ajoute que les racines sensitives du trijumeau situées, comme le noyau moteur de ce nerf, au voisinage du *locus cœruleus*, sont toujours lésées en pareille circonstance.

Dans le cas actuel, il est plus difficile de déterminer le substratum anatomo-pathologique de cette lésion, qui se manifeste exclusivement par l'atrophie dans une région en partie motrice et en partie sensitive de la cinquième paire, et cela sans provoquer ni analgésie ni paralysie. Nous ne pouvons supposer une affection des cellules nerveuses sensitives, car nous aurions dû constater une altération fonctionnelle des organes au point de vue des mouvements ou de la sensibilité. Au contraire, nous ne trouvons aucune altération ni dans les fonctions motrices des muscles atrophiés, ni dans la sensibilité de la peau.

Les cas semblables sont désignés dans la science par un seul mot, *tropho-névrose*, qui n'explique rien. Les idées générales que nous avons sur la tropho-névrose, appliquées aux phénomènes cliniques qui nous occupent, nous obligent à admettre l'hypothèse de cellules nerveuses différentes des motrices et des sensitives, de cellules nerveuses trophiques exclusivement destinées à la direction nutritive des organes. Les cellules d'où émanent les fibres nerveuses qui vont aux diverses glandes, peuvent leur servir de type.

Si nous jetons un regard en arrière sur l'histoire de notre malade, nous voyons que le premier accès d'épilepsie a été causé par une violente émotion morale accompagnée sans doute de désordres momentanés de la circulation cérébrale. Ces désordres ont pu provoquer un épanchement de sang limité à un espace très restreint, ou peut-être l'oblitération d'un petit vaisseau dans la région ganglionnaire gauche du nerf trijumeau, lésion qui a été l'origine des métamorphoses subies par les éléments nerveux de ce ganglion. La seconde attaque d'épilepsie et les suivantes peuvent être considérées comme l'effet des altérations survenues dans les cellules trophiques du ganglion. Au début l'altération cellulaire marchait lentement et était suffisante pour donner des convulsions, mais non pour produire une atrophie manifeste. En somme, il ne nous paraît pas imprudent de supposer un épanchement de sang, ou une lésion circonscrite comme le ramollissement consécutif à la thrombose d'un vaisseau ; mais il faut admettre que cette lésion s'est propagée plus ou moins, et qu'en interrompant brusquement toutes les voies par lesquelles l'excitation se transmet au centre, elle a provoqué les phénomènes convulsifs.

Nous concluons que, chez notre malade : 1° Il s'agit d'un processus morbide très limité ; 2° son début rapide, suivi d'une évolution lente et progressive, indique un centre d'irritation constante très puissant, qui, suivant la plus grande probabilité, doit se trouver localisé dans la région du *locus cœruleus*. H . S.

Association française pour l'avancement des sciences.

XIIIe SESSION — CONGRÈS DE BLOIS (1).

Séance 10 septembre 1884.

Section des sciences médicales. — M. Landowski a présenté un support utérin, applicable à la rétroversion et à la rétroflexion. Pour le construire, on prend en quelque sorte l'empreinte de l'utérus et de ses rapports avec l'arc osseux du bassin sur lequel doit s'appuyer l'appareil, au moyen d'un modèle du support en étain mou, dont on change à volonté la forme avec les doigts, jusqu'à ce qu'il s'adapte parfaitement dans le vagin en corrigeant le déplacement utérin ; puis on reproduit ce modèle en aluminium.

M. Delthil a indiqué ensuite un moyen qui lui avait très bien réussi dans deux cas de cystocèle vaginale avec cystite : réduire la cystocèle au moyen d'un ballon à air introduit dans le vagin, et provoquer le retrait de la vessie à l'aide d'une sonde de Sims à demeure. La cystite, qui avait été provoquée par la stagnation de l'urine dans le cul-de-sac formé par la cystocèle, disparut complètement ; au bout de six semaines de l'emploi combiné de la sonde à demeure et du ballon vaginal, la cystocèle pouvait être considérée comme guérie ; elle n'avait pas reparu six mois après.

Dans cette communication, M. Delthil, s'étant contenté, à dessein, d'exposer ce qu'il avait de particulier à dire sur la question, a laissé de côté la pathogénie et l'histoire des autres procédés opératoires applicables à la cystocèle. Cette omission volontaire a donné à M. Delore l'occasion de rappeler les bons résultats fournis par la suture de M. Le Fort et la cautérisation de Bonnet, et d'indiquer un autre procédé qui lui est spécial, et qui consiste à cautériser au fer rouge les culs-de-sac antérieur et postérieur du vagin. De son côté, M. Nicaise a rappelé que de nombreux travaux écrits sur la pathogénie de la cystocèle avaient attribué comme cause à cette affection un relâchement des fibres musculaires de la paroi antérieure du vagin, ce qui explique que cette affection soit si rebelle et ne puisse guérir que si l'on rend la tonicité aux fibres musculaires, ou que si l'on remplace cette tonicité par la rétraction du tissu cicatriciel. Le moyen employé par M. Delthil est un des bons moyens qui peuvent remplir la première indication, mais il faut reconnaître que celui de M. Delore est très dangereux, d'une application difficile et délicate. La cautérisation du prolapsus, d'après la méthode de Bonnet, paraît préférable.

Le traitement des fractures du tiers supérieur du fémur a aussi attiré l'attention de M. Delthil, qui en a fait le sujet de sa thèse inaugurale en 1869. On sait que le principal inconvénient de ces fractures réside dans ce fait que le fragment supérieur est tiré en dehors et en haut par les muscles qui s'insèrent au grand trochanter, et que, si on veut immobiliser le membre dans sa direction normale, on obtient une consolidation plus ou moins angulaire. Pour y remédier, M. Delthil a proposé de porter le fragment inférieur dans l'abduction. Trois nouveaux cas cités par lui ont montré les bons effets de ce traitement. Tous les appareils ordinaires, sauf l'attelle axillaire, sont applicables en pareil cas. Comme l'a fait remarquer M. Nicaise, ces conditions sont réalisées dans l'appareil Hennequin, mais la priorité revient évidemment à M. Delthil. M. Delore pensait qu'on pouvait modifier la gouttière de Bonnet ordinaire, en adaptant à la partie destinée à recevoir le membre blessé une charnière, au niveau de la fracture ; mais M. Delthil a fait justement cette modification en 1869.

Un autre laborieux confrère de province, M. le docteur Chaumier, a lu ensuite un long mémoire sur une maladie à manifestations multiples, observée dans la région où il exerce, au Grand-Pressigny. Plus de 300 cas, recueillis depuis plusieurs années, ont fait reconnaître à cette affection les caractères suivants : elle se montre sous forme de l'impétigo vulgaire, de l'eczéma impétigineux, de l'impétigo-granulata ; elle est contagieuse, inoculable, épidémique. Elle paraît avoir pour cause première un microbe : celui-ci pénètre dans les petites plaies superficielles qui deviennent le siège de petites

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 13, 16 et 18 septembre 1884.

croûtes d'impétigo, de tournioles, de panaris, etc. M. Chaumier s'est inoculé lui-même avec succès l'impétigo.

M. Verneuil rappelle qu'il a fait, l'an dernier, une clinique sur un malade cachectique qui présenta des tournioles multiples, des bulles de pemphigus et des pustules d'ecthyma dont plusieurs ont dû naître par inoculation, car elles siégeaient en face les unes des autres, aux doigts, aux orteils, dans le pli fessier, etc.

La nature contagieuse du furoncle et de l'anthrax est bien connue, et Tholozan a décrit des épidémies de panaris. Les faits cités par M. Chaumier doivent donc être du même ordre. Ce qu'ils ont d'intéressant, c'est d'avoir été observés dans une région peu étendue, mais ils présentent une lacune : ce sont leurs rapports avec la tuberculose, dont les portes d'entrée ont été si bien étudiées dans la thèse récente de M. Verchère. Ces accidents locaux, nés par inoculation, pourraient bien être des tuberculoses locales.

Une intéressante discussion a ensuite été soulevée par la présentation d'un malade dont l'observation avait été prise de la manière la plus complète par M. le docteur Ferrand (de Blois). Le malade, atteint de chorée respiratoire à forme de Cheyne-Stokes, coiffé du classique bonnet de coton et amené au château de Blois, où nous siégions, sur un fauteuil porté par deux hommes, paraissait sur le point d'expirer, et sa vue a fortement émotionné la partie non médicale du Congrès. D'aucuns voulaient faire rebrousser chemin au malheureux et à ses porteurs, mais on ne s'avise pas de tout, et, pendant qu'on discutait sur le parti à prendre, le malade arrivait dans notre section, M. Ferrand lisait l'observation, MM. Duboué, Bernheim, Duplouy, Verneuil discutaient sur la nature de la maladie, qu'ils rattachaient au paludisme (le malade habitait d'ailleurs un pays profondément palustre) et conseillaient à M. Ferrand d'administrer le bisulfate de quinine, en partant de la dose d'un gramme et en augmentant progressivement.

Au cours de la discussion, M. Duboué a fort insisté sur un symptôme qu'il considère comme très précieux pour le diagnostic des affections palustres larvées : c'est la douleur à la pression de la rate. Or, le client de M. Ferrand présentait cette douleur.

M. Delore a fait ensuite une communication sur le traitement des tumeurs érectiles par l'électrolyse, qui, d'après lui, agirait par cautérisation, tandis que M. Henrot pense qu'elle agit par coagulation du sang; — puis une autre sur la nature de l'éclampsie, qu'il croit d'origine microbienne, un peu prématurément peut-être, comme l'a fait remarquer M. Bouley, car la contagion n'est pas prouvée et on n'a pas encore vu le microbe; enfin, il a présenté un crochet à tige flexible à son extrémité et pouvant être employé dans la version, et un forceps construit par M. Poulet.

La communication de M. Verneuil sur les périostites rhumatismales a provoqué de la part de M. le docteur Meunier la lecture d'une observation de nodosités rhumatismales siégeant dans la peau et durant plusieurs semaines. Le même auteur a rapporté ensuite un autre cas d'épanchement pleural consécutif à un cancer du sein. Ce cas est aussi analogue à ceux que M. Verneuil a communiqués récemment à l'Académie de médecine, car il n'y avait ni propagation de l'inflammation de la plaie à la plèvre, ni cancer secondaire, et peut-être aurait-on pu invoquer l'état morbide des reins, mais malheureusement ces organes, non plus que l'urine, n'avaient été examinés par M. Meunier.

M. Demons a rappelé à ce propos qu'il existait des hydrothorax cachectiques chez des malades atteints de cancer siégeant dans des organes éloignés de la plèvre, l'utérus par exemple.

La pièce capitale de la journée a été une communication de M. le professeur Bouchard sur la perte des réflexes tendineux dans le diabète. Ce phénomène a une grande importance au point de vue du pronostic et du diagnostic du diabète sucré. Sur 47 cas observés dans les trois dernières années, avec persistance des réflexes tendineux, il n'y eut que 2 décès, soit 1 sur 23. Sur 19 cas dans lesquels les réflexes avaient disparu, il y eut 6 décès, soit 1 sur 3; et peut-être la mortalité a-t-elle été plus grande encore, car un certain nombre de ces derniers malades ont été perdus de vue, et ceux de la seconde catégorie présentaient un état cachectique que n'avaient pas ceux de la première. Donc, la disparition des réflexes indique que le diabète est entré dans la période grave, périlleuse.

Dans un cas de coma, chez un enfant, l'absence des réflexes tendineux a permis à M. Bouchard de faire le diagnostic du diabète. L'enfant avait été trouvé dans cet état au collège ; on n'avait pas de renseignements sur les antécédents ; les lèvres étaient sèches, fendillées ; apyrexie absolue. L'absence des réflexes tendineux et le coma pouvaient faire penser à une intoxication ou au coma urémique ou diabétique ; l'odeur d'acétone de l'haleine, une balano-posthite, une soif ardente remarquée les jours pré-

cédents, le lavage du pantalon dont l'eau donna avec la liqueur de Fehling un précipité d'oxydule de cuivre, achevèrent de poser le diagnostic précis.

Cette absence de réflexe tendineux ne peut servir à étayer la théorie nerveuse du diabète, comme on serait tenté de le croire ; en effet, si ce phénomène avait une telle signification, on devrait le retrouver dans tous les cas de diabète d'origine nerveuse, ce qui n'est pas. En général, ces diabètes surviennent chez les arthritiques, chez les individus atteints d'affection du foie, du cerveau, qui ne donnent pas une grande quantité de sucre ; au contraire, les réflexes tendineux sont absents dans les grands diabètes où les malades perdent jusqu'à 500 grammes de sucre dans les vingt-quatre heures, diabètes qui sont rares chez les arthritiques et dont la pathogénie échappe.

M. Dunoyer a mentionné ensuite une curieuse observation d'aphasie passagère chez un jeune enfant, qui fut absolument intoxiqué après avoir pris deux dragées de santonine de 5 centigrammes chaque.

M. le docteur Leroux a rappelé l'attention sur le traitement de l'invagination intestinale par l'eau gazogène, qu'on administre à l'aide de deux quarts de lavements dont le premier renferme 20 grammes de bicarbonate de soude, et le second 10 grammes d'acide tartrique. On peut employer ce moyen dans les cas d'obstruction dont la nature n'est pas connue, et dont on peut quelquefois faire ainsi le diagnostic.

Enfin, M. Chardin a présenté l'appareil dont M. Delore s'est servi pour pratiquer ses cautérisations dans les tumeurs érectiles, et qui possède l'avantage précieux de ne fonctionner que lorsqu'il est renversé, ce qui lui permet de n'être renouvelé qu'au bout d'un temps très long, — et M. Ranque a présenté un spéculum auquel est adapté une petite lampe électrique du volume d'un pois, incapable de gêner la manœuvre des instruments, et permettant d'éclairer parfaitement le vagin et le col de l'utérus.

Le jeudi matin on a achevé d'épuiser l'ordre du jour. On a lu, au nom de M. le docteur Pineau (du château d'Oleron), retenu à la section d'anthropologie, une observation d'exostose sous-unguéale du gros orteil survenue trois ans après une contusion violente, ayant récidivé après l'ablation, et n'ayant pas reparu après une forte cautérisation au caustique Filhos, pratiquée il y a six mois.

M. Delthil a donné une interprétation très ingénieuse des ulcérations sublinguales dans la coqueluche. Ces ulcérations, contrairement à l'opinion commune, ne seraient pas produites par le frottement de la langue contre les dents, parce que leur apparition précède de plusieurs jours les quintes férines ; qu'elles ne siègent pas toujours sur les côtés du frein, mais parfois sur le plancher de la bouche dans le vestibule, à la lèvre inférieure, où elles laissent des cicatrices indélébiles. Ce serait, d'après M. Delthil, une lésion contagieuse, parasitaire, causée par le contact d'un enfant sain avec un enfant atteint de coqueluche ; le parasite est le microbe de la coqueluche, bien connu aujourd'hui, et qu'on retrouve dans les crachats. A l'appui de cette opinion, M. Delthil fait remarquer que l'ulcération se manifeste douze ou quinze jours après le contact, qu'elle coïncide avec la fièvre, les vomituritions, et que la fièvre disparaît quand la plaie est cicatrisée. La fièvre de la coqueluche serait donc causée par une sorte d'intoxication par les microbes. Continuant son hypothèse, M. Delthil pense que les crachats puriformes observés à cette période de la maladie sont produits par des ulcérations analogues situées dans le pharynx, la trachée et les bronches ; que les cicatrices qu'on trouve à l'autopsie sont les restes de ces ulcérations et que l'engorgement des ganglions bronchiques est déterminé par ces mêmes ulcérations. Comme conséquence pratique, on ne doit conseiller le déplacement du malade qu'après la disparition de la plaie buccale et des crachats purulents, annonçant la disparition de l'élément infectieux.

M. Chaumier a lu ensuite un long mémoire sur l'asthme chez les enfants, qui, d'après lui, ne serait pas aussi rare que les auteurs le disent. Il en a observé trois cas. Cette affection est assez semblable à celle des adultes, mais elle en diffère en ce qu'elle peut guérir en laissant la poitrine intacte.

La section a terminé ses travaux par une communication de M. Cagny, un de nos plus élégants orateurs, sur la valeur des injections sous-cutanées de vératrine dans la médecine vétérinaire. La solution employée était au 25e dans l'alcool à 95°. M. Cagny a fait remarquer avec raison que cette solution serait trop forte et trop douloureuse pour l'homme, mais chez le cheval et le bœuf elle est bien supportée. Elle agit, dit l'auteur, comme une douche électrique ; les fonctions sont presque immédiatement rétablies et elle provoque entre autres une sensation de faim très curieuse. Employée dans la pneumonie, elle a amené assez rapidement l'abaissement de la température ; elle a donné de bons résultats dans l'atonie, la faiblesse des convalescents, les fatigues excessives du cheval, celles du velage, le surmenage des animaux pris de chaleur; dans ce dernier cas,

la guérison n'a pas toujours eu lieu, mais la vératrine a toujours produit un effet appréciable; c'est donc un médicament fidèle, qui a paru supérieur à l'éther dans les cas où les injections d'éther étaient indiquées.

Nous devons mentionner encore plusieurs communications faites dans les autres sections et ayant des rapports plus ou moins éloignés avec les sciences médicales. Telles sont, dans la section d'anthropologie, celles de M. Doutrebente, sur l'idiotie congénitale, avec présentation de trois crânes d'idiots géants ; de M. Maurel, sur l'influence comparée du père et de la mère sur les enfants dans les races éloignées et notamment en France; de M. Lortet, sur les causes des déformations des crânes syro-phéniciens; et enfin la présentation par M. Magitot d'un buste de microcéphale.

Dans la section d'hygiène, nous citerons les communications de M. Rochard sur l'épidémie de choléra de 1884 et les mesures qu'elle comporte ; de M. Emile Trélat, sur l'aération permanente des pièces d'habitation; de M. Limousin, sur un moyen rapide de déterminer la qualité des eaux potables; de M. Bouchereau, sur l'assistance des enfants arriérés; de M. Dally, sur la déformation des porteurs de chaise du Mont-Dore ; de M. Du Mesnil, sur le nettoiement de la voie publique et l'enlèvement des ordures ménagères; de M. Duplouy, sur la tente-baraque au point de vue de l'isolement des maladies contagieuses; de M. Henri Henrot, sur l'assainissement des selles de malades dans les hôpitaux; de M. Delore, sur l'assainissement des grandes villes par l'air de la campagne ; de M. Drouineau, sur les bains-douches dans les professions à poussière ; de M. Delthil, sur la prophylaxie de certaines maladies parasitaires au moyen de l'action des carbures et en particulier des fumigations de goudron de gaz et de térébenthine; de M. Boitel (de Gennevilliers, sur un nouveau mode de sépulture et d'assainissement des cimetières par la conservation des corps au moyen de cercueils pétrifiants; de M. Deshayes (de Rouen), sur la mortalité des enfants du premier âge à Rouen pendant l'été ; enfin de M. Maurel (de Cherbourg), sur le régime alimentaire dans les pays chauds.

Je ne puis que mentionner, faute de place, les conférences faites en séance générale par M. Bouley, sur les derniers travaux de M. Pasteur ; par M. de Rochambeau, sur l'archéologie dans le Vendomois ; par M. Delthil, sur le rôle du Blésois dans la renaissance de la médecine, ses célébrités médicales et leurs travaux ; sur les Blésois Mago et Triboulet, fous en titre d'office ; par MM. Masson et Gariel, sur l'histoire de l'Association française au point de vue statistique ; par M. Lucas, sur divers problèmes amusants de mathématiques ; par plusieurs membres, M. Cosson, de l'Institut, entre autres, sur le projet de M. Roudaire, relatif à la création d'une mer intérieure en Afrique.

Je dois cependant une mention spéciale à la conférence de M. Masson. C'était la dernière fois que notre dévoué trésorier faisait fonction de membre du conseil, puisqu'il allait être remplacé par M. Galante, et, comme s'il eût tenu à laisser aux membres de l'Association le regret de le perdre comme orateur, jamais il ne mit plus de verve dans ses discours que dans son exposé des progrès de l'Association. C'était le chant du cygne, et il produisit une impression profonde sur l'assistance; car M. Masson ayant dit qu'un seul de nos départements (que je ne nommerai pas) n'était pas représenté sur la liste de nos adhérents, à la fin de la séance plusieurs membres présents firent inscrire d'office leurs amis habitant ce département. Certes, jamais trésorier ne remplit mieux son rôle jusqu'à la dernière heure. Aussi, dans la séance de clôture, l'assemblée décerna-t-elle, par acclamation, le titre de trésorier honoraire à celui qui, pendant douze années, en avait si bien exercé les fonctions actives. A cette même séance, M. Friedel, membre de l'Institut et professeur à la Faculté des sciences, fut nommé vice-président, et M. Collignon, ingénieur en chef des ponts et chaussées, vice-secrétaire pour l'année prochaine. En 1886, le Congrès aura lieu à Nancy, et ces messieurs seront alors respectivement président et secrétaire du Congrès.

Quant aux excursions qui ont eu lieu dans la Touraine, à Chambord, à Amboise, à Chenonceaux, etc., je me déclare incapable de les raconter; tout a été dit d'ailleurs sur les splendeurs de ces vieux châteaux de la Renaissance, sur les points de vue merveilleux qu'on découvre du haut de leurs terrasses et de leurs tours ; sur les coteaux que baigne la Loire ; beaucoup de nos lecteurs ont lu ces descriptions ou admiré ces châteaux, ces parcs, que Rabelais a vu construire et que Balzac a chantés ; à ceux-là, je n'ai rien à apprendre ; pour ceux qui ne les connaissent pas, ni de *visu* ni *de lectione*, je ne puis que les engager à aller les étudier sur place.

L.-H. PETIT.

BIBLIOTHÈQUE

Recherches anatomo-pathologiques sur l'action du venin des serpents, par M. Ramon Urueta. — Paris, 1884. Delahaye et Lecrosnier.

L'auteur est originaire de la Colombie, c'est-à-dire d'un des pays à serpents de l'Amérique centrale. Il était donc d'un bon patriote de chercher des moyens de traitement contre l'empoisonnement par le venin des serpents. C'était aussi une œuvre scientifique, à la fois féconde et difficile, dont M. Urueta s'est heureusement acquitté avec sagacité et habileté dans le laboratoire d'erpétologie de M. Vaillant, au Muséum.

Après Mitchell, l'auteur a constaté deux espèces de mort sous l'influence du venin des serpents : la mort brusque par arrêt respiratoire; la mort lente avec suffusions sanguines et ecchymoses dans les divers organes. D'autre part, à la différence d'observateurs plus exclusifs, il considère le venin des serpents à la fois comme un poison du sang et comme un poison des nerfs.

Le venin modifierait, en effet, la matière fibro-plastique du sang et déterminerait des coagulations capillaires analogues aux coagulations par précipitation, en même temps qu'il produirait une dissolution globulaire. De là, les ecchymoses multiples des viscères et des organes, l'anurie et les altérations qualitatives de l'urine. Ce venin contiendrait donc un poison hématique.

De plus, il renferme une autre substance qui porte son action sur le plancher du quatrième ventricule, c'est-à-dire qui produit des phénomènes paralytiques : ralentissement de la respiration, accélération des battements du cœur, cris, salivation, dilatation pupillaire et paralysie progressive. Les phénomènes hématiques sont plus tardifs, et consistent en œdèmes, hémorrhagies intestinales, refroidissement graduel, anurie ou hémoglobinurie, hémorrhagies interstitielles et ecchymoses.

La seconde partie du mémoire de M. Urueta est relative à la thérapeutique de ces accidents. Au moyen d'une espèce végétale peu déterminée de la famille des *Aristolochia*, employée en Colombie sous les noms divers de bejuco, curare, zarogoza, gallitos, elle ne paraît pas avoir de vertus alexipharmaques mieux établies que les autres plantes de même réputation. Par contre, elle a une action organoleptique qui mériterait d'être étudiée.

Ce n'est pas tout : en observateur consciencieux, M. Urueta à essayé de contrôler la valeur du permanganate de potasse, comme antidote de ce venin. On n'a pas oublié les expériences de M. de Lacerda et la récompense qu'elles ont obtenues du gouvernement brésilien. Malheureusement, les recherches de M. Urueta sont peu nombreuses. Elles n'infirment ni ne confirment les conclusions du savant brésilien. Aussi, de retour en Colombie, il se propose de les continuer, car, dans ce pays, les sujets d'observation ne lui feront pas défaut. Voilà une bonne promesse dont on doit prendre note après lecture de cette remarquable thèse inaugurale. Notre nouveau confrère, en étudiant plus complètement cette question, honorera encore l'Ecole de Paris, qu'il quitte et le très estimé corps médical colombien dont il va faire partie. — Ch. Eloy.

Des suggestions hypnotiques, par M. A. Pitres. — Bordeaux, 1884. Ferets.

Ces leçons ont été professées dans le courant de l'année actuelle, et leur publication sous forme de brochure arrive opportunément au moment où les phénomènes hypnotiques sont l'objet de communications au Congrès de Blois et de débats devant quelques Sociétés savantes.

Elles ont pour objet, après un rapide historique des travaux de Braid et de ses successeurs, l'exposition des faits récents étudiés en France ou à l'étranger depuis 1873, et par conséquent d'enlever aux phénomènes des suggestions ces allures mystérieuses qu'ils empruntaient aux manœuvres charlatanesques des pontifes du magnétisme.

C'est ainsi qu'après avoir rappelé le rôle des zones *spasmigènes*, *hypnogènes* et *frénatrices* des hystériques, l'auteur expose les phénomènes de l'état cataleptoïde les yeux ouverts, de l'état cataleptoïde les yeux fermés et de l'état léthargique; phénomènes au moyen desquels il devient possible de donner explication et reproduction de ce qu'on a nommé mystérieusement la prise du regard, l'attraction magnétique et la double vue, etc., etc.; en un mot, de ce qui constitue l'*automatisme hypnotique*, les *suggestions par attitudes*, *audition* ou *parole* et l'*objectivation des types*.

Enfin, M. Pitres a vérifié les observations de MM. Liébault et Bernheim, et par conséquent exposé les conséquences médico-légales relatives à ces questions. En termi-

nant, il accepte les faits, en tant que faits et les résultats des expériences, en tant qu'observation, mais il réserve leur interprétation.

Néanmoins, il est une question sur laquelle les observateurs glissent trop rapidement et qui mérite solution : celle de la bonne foi des sujets hypnotisables et hypnotisés. Hystériques, ces femmes ont les défauts de l'état mental de l'hystérie : la duplicité, le besoin de paraître, un certain état pour ainsi dire malicieux est dans leur caractère. On est d'autant plus disposé à soulever cette objection que, dans le phénomène de la suggestion, les sujets hypnotisables peuvent résister et résistent à quelques suggestions, n'est-ce pas la preuve d'une intervention de la volonté dans certains cas ? — C. L. D.

REVUE DES JOURNAUX

Des affections du canal déférent, par Neumann. — Il s'agit d'abord de lésions indépendantes de l'orchite blennorrhagique. Dans un premier fait, c'est un homme robuste atteint d'uréthrite chronique qui, à la suite d'un coït, présenta une tuméfaction douloureuse de la portion inguinale du cordon, laquelle persista trois mois.

Dans la seconde observation, une violente douleur se manifesta le long du cordon droit et de l'épididyme correspondant ; le cordon était dur, noueux, du volume du pouce, peu mobile. Examen au toucher rectal négatif. Rien au testicule. Un abcès se forma. L'ouverture donna issue à un pus abondant, et il s'établit une sorte de fistule se poursuivant jusqu'à l'anneau externe. Cette cavité bourgeonne et se comble.

L'auteur rappelle la fréquence de la participation de la portion intra-abdominale du cordon, constatée au toucher rectal, dans l'épididymite. Il l'a observée dans 16 p. 100 des cas, associée à la funiculite externe, et trois fois comme lésion isolée. Le point de départ de plus d'une impuissance ou aspermie gît dans l'atrésie de cette terminaison du cordon, consécutive à la résorption incomplète des exsudats inflammatoires dus à la blennorrhagie. (*Wiener med. Presse*, 15 avril 1884, nº 15.) — R. L.

Aphonie spasmodique, par Rethi. — Les cas de cette laryngo-névrose se comptent dans la science, depuis que Schnitzler en a fait connaître le premier exemple en 1875. Le fait actuel concerne une fille de 19 ans, manifestement hystérique, qui a subitement perdu la voix. Lorsqu'on veut la faire parler, on entend un chuchotement qui fait songer à l'aphonie paralytique, mais qui en diffère en ce que toute émission perceptible cesse au bout d'un instant. C'est que l'air ne passe plus par le larynx : *vox faucibus hæsit* dans le sens propre de l'expression ; une contracture invincible a saisi les muscles tenseurs des cordes vocales ; la malade a conscience d'un obstacle siégeant au larynx ; très surexcitée, elle y porte la main comme pour l'arracher ; une profonde respiration survient, et la même scène se reproduit au bout de quelques instants. Au laryngoscope on constate bien le rapprochement des cordes vocales au delà des limites normales, jusqu'à l'effacement complet de la glotte qui ôte tout accès à la colonne d'air. L'électrisation localisée n'a pas donné de résultats. On s'est bien trouvé au contraire d'appliquer les électrodes aux tempes. (*Wiener med. Presse*, 20 avril 1884, nº 16.)

R. L.

Cirrhose hypertrophique suppurée, par Koorda Smit. — Deux observations s'éclairant réciproquement, dont une seule suivie d'autopsie. Dans le premier fait, il s'agit d'une femme de 28 ans, ayant eu des grossesses difficiles, avec de l'ictère et de l'œdème. Deux fausses couches et un accouchement provoqué. La maladie remonte à quatre ans. Ictère à plusieurs reprises ; appétit exagéré ; de rares douleurs de l'hypochondre droit ; pas de douleurs de l'épaule ; pas d'ascite ; pas d'albumine. Le foie déborde les fausses côtes de trois à quatre travers de doigt. Aggravation subite à la suite d'un refroidissement après un bain. Diarrhée (abus du sel de Carlsbad) alternant avec la constipation, puis continuelle et profuse. Temp. 41° le soir. Pouls atteignant 142. Respiration à 32. Mort en quelques jours dans le coma.

Dans le deuxième fait, il s'agit d'une femme de 70 ans, malade depuis deux ans, également boulimique. Ictère depuis deux ans ; fièvre ; vomissements de sang ; douleur vive à l'hypochondre et à l'épaule ; foie dépassant les côtes de quatre travers. Mort dans le coma deux jours après l'entrée à l'hôpital. A l'autopsie, en dehors de lésions diverses de la muqueuse digestive, on constate sur le foie : développement excessif du tissu conjonctif périlobulaire, formant un réseau jaunâtre, criblé d'abcès du volume

d'une tête d'épingle à un grain de blé. Lobules jaunâtres avec dégénérescence graisseuse des cellules hépatiques à la périphérie seulement. Vaisseaux intralobulaires normaux. Canalicules biliaires dilatés sans pus. Le pus des abcès est récent ; ses corpuscules ne montrent aucune dégénérescence ; hypertrophie de la rate. L'auteur, on doit le dire, observe dans l'Amérique du Sud. (*Wiener medic. Presse*, 1884, 22 juin, nº 25.)

R. L.

Atrophie de l'utérus à la suite d'une sécrétion lactée persistante, par J. Heitzmann. — D'après Schrœder, Chiari aurait observé deux cas d'atrophie précoce de l'utérus à la suite d'une lactation prolongée. L'observation suivante est de cet ordre. Femme de 26 ans, d'une très forte complexion, menstruée à 17 ans, assez irrégulièrement jusqu'à la première grossesse. Premier accouchement laborieux. Enfant très fort. Son dernier accouchement (le troisième) date de trois ans et fut facile. La mère nourrit dix mois. Les règles reprirent faiblement, pour cesser entièrement depuis quelques mois.

L'utérus est en antéflexion ; il a une longueur totale de 5 centimètres 5 au maximum : sa cavité mesure 2 centimètres 5. On ne rencontre pas les ovaires. Les deux seins sont très volumineux ; les glandes de Montgomery, les papilles développées. A la pression jaillit un flot de lait épais. Au dire de la malade cette sécrétion a quelquefois lieu spontanément et très abondamment. (*Wiener medic. Presse*, 1884, nº 15, 13 avril.)

R. L.

Sociétés médicales des départements

Les travaux de la Société centrale de médecine du département du Nord pendant le 2e trimestre de l'année 1884.

Les phénomènes nerveux, désignés sous le nom d'hystérie chez l'homme, sont à l'étude ailleurs qu'à Paris. Si l'attention a été éveillée sur eux par l'école de la Salpêtrière, il faut reconnaître que leurs exemples se multiplient de divers côtés.

Dans la séance du 25 avril, M. Hallez donnait lecture à ses collègues lillois de plusieurs *observations d'hystérie chez l'homme*, et provoquait une discussion sur la nature de ces phénomènes. De l'avis de ce savant observateur, l'hystérie des jeunes gens est toute spéciale. C'est une hystérie réflexe qui peut être provoquée par des excitations diverses. Dans les cas dont il donne l'histoire, elle était sous la dépendance de lésions génitales et comparable aux accidents nerveux hystériformes du cours des blennorrhagies chroniques et des cystites.

Quel nom doit-on donner à ces phénomènes? M. Arnould regrette de les voir désigner sous la dénomination d'hystérie. Certes, il a vu et on observe chez l'homme des manifestations nerveuses qui ressemblent à l'hystérie de la femme : pleurs, convulsions, paralysies, anesthésies partielles, crises avec étouffement et sensation de la boule hystérique, etc., etc., tous phénomènes fréquents durant la période génitale, mais indépendants aussi parfois de lésions des organes de la génération. Des excitations d'autre nature peuvent, en effet, les provoquer chez les névropathes. Cette opinion est partagée par M. Castiaux, qui a soigné des accidents de cette nature chez des hommes en l'absence de toute lésion génitale. Chez la femme, il en est peut-être de même. A ce propos, il rappelle une observation dans laquelle il s'agissait d'une jeune femme hystérique ne possédant ni vagin ni utérus, et peut-être pas d'ovaires (1).

Dans la séance du 9 mai, M. Philippart (de Roubaix) donne communication d'un cas de *morve chronique du cheval transmise à l'homme*. Cette observation est de haut intérêt clinique, d'abord parce qu'elle établit la difficulté du diagnostic de cette affection, ensuite par les judicieuses remarques de l'auteur. Au début, les prodromes de la maladie avaient été l'arthralgie et les myodinies, symptômes fort vagues. A quelques jours de là, des plaques sur les articulations firent croire à un érysipèle ; enfin, dans les derniers moments, la maladie prit le caractère infectieux. Le doute n'était plus possible. Ce diagnostic est donc difficile à établir au début, en l'absence de renseignements sur la profession du malade. A ce titre, la communication de M. Philippart est de haut intérêt pratique et mérite lecture ; d'autant plus que, par une enquête, on a pu établir l'origine de la contamination.

(1) Voir : *Bulletin médical du Nord*, 1872.

Le 23 mai, sous la rubrique de *Corps étranger de la vessie*. M. PAQUET a donné le récit d'une opération d'extraction d'une épingle à cheveux introduite quelques semaines auparavant dans la vessie.

La malade étant sous le chloroforme, cet habile chirurgien pratiqua la dilatation en introduisant une pince à polypes dans le canal de l'urèthre. Celle-ci ayant été retirée avec un certain écartement des mors, l'exploration fut alors pratiquée avec le petit doigt, et l'extraction au moyen d'un crochet mousse glissant le long de ce doigt. Cette extraction est la quatrième que M. Paquet ait opérée par le même procédé, et sans avoir recours à la taille.

Dans la même séance, lecture a été donnée d'une communication de deux distingués médecins de Dunkerque, MM. VILETTE et DESWARTE. Il s'agissait d'une *grossesse de huit mois et huit jours*, terminée par une *présentation de l'épaule droite*, *avec procidence du bras; rétrécissement du bassin à 9 centimètres 1/2; évolution et expulsion spontanées du fœtus.* Les faits d'expulsion du fœtus sont rares dans les présentations du tronc. Doit-on pour cela, se demandent les auteurs, conseiller l'expectation? Non, assurément; mais il n'en est pas moins certain que, dans certains cas où on serait disposé à pratiquer l'embryotomie et l'opération césarienne, la nature opère spontanément. En d'autres termes, il faut parfois savoir attendre, et la patience avec l'habileté opératoire sont les principales qualités de l'accoucheur.

Cependant, M. PILAT ne compte pas beaucoup sur l'évolution spontanée dans les cas semblables. Il l'a vu néanmoins se produire, et il attribue ce changement de présentation à une contraction irrégulière de l'utérus ayant fait glisser la tête sur le rebord innomé. Enfin, pour vaincre la résistance de l'utérus rétracté et pratiquer la version, il place la femme dans la position posturale des Anglais (sur les genoux et sur les coudes). En effet, cette position facilite l'introduction de la main à travers le canal vagino-utérin et empêche la pression des viscères abdominaux sur l'organe gestateur.

A côté de ces mémoires, voici encore, parmi les travaux les plus importants de ce trimestre, une observation de M. FOLET sur une *lésion corticale du cerveau par un coup de feu*. Le principal symptôme était une hémiplégie droite, dont on trouva la raison, à l'autopsie, dans la destruction de ceux des centres moteurs de Ferrier qui gouvernent les membres supérieurs et inférieurs.

Je signalerai encore des présentations, par M. Paquet, de pièces pathologiques relatives : à une *hernie crurale épiploïque ancienne* traitée avec succès *par la résection du sac et de la portion de l'épiploon qu'il renferme;* à l'*ablation de l'ovaire droit hernié dans la grande lèvre;* à une *taille hypogastrique sur un calculeux opéré dix-huit mois auparavant par la taille périnéale;* enfin, par M. NOQUET, de *polypes muqueux de l'oreille*, présentation qui donna lieu à un débat sur le traitement de ces productions pathologiques. M. Noquet recommande l'emploi du galvano-cautère et les instillations d'alcool rectifié répétées trois fois chaque jour durant un quart d'heure, selon le procédé de Politzer.

Par contre, M. Paquet préfère les injections interstitielles de une à trois gouttes d'eau phéniquée à cinq centièmes, quand les polypes ont une organisation fibroïde et résistent au premier de ces liquides.

En terminant, mention doit être faite d'une note de M. LOOTEN sur le cas, plus bizarre que curieux, d'un individu atteint de blennorrhagie qui, accidentellement, traita cette affection au moyen d'une *injection de Ricord avalée par mégarde*. Ce singulier mode d'administration du médicament n'eut, au reste, d'autre inconvénient que de provoquer de la constipation et une sensation gustative des plus désagréables. C'est assez dire, ce dont personne ne doute, qu'un tel procédé thérapeutique ne possède guère la chance de prendre définitivement place dans la pratique journalière, même par erreur!

Ch. E.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 12 au 18 septembre 1884. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 968. — Fièvre typhoïde, 46. — Variole, 1. — Rougeole, 21. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 8. — Diphthérie, croup, 23. — Dysentérie, 4. — Erysipèle, 7. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. aiguë), 41. — Phthisie pulmonaire, 212. — Autres tuberculoses, 24. — Autres affections générales, 57. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 56. — Bronchite aiguë, 14. — Pneumonie, 38. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 62; au sein et mixte, 36; inconnues, 6. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 69 ; circulatoire, 61 ; respi-

ratoire, 49 ; digestif, 52 ; génito-urinaire, 21; de la peau et du tissu lamineux, 4 ; des os, articulat. et muscles, 4. — Morts violentes, 39 — Causes non classées, 5.

Le service de Statistique a compté 968 décès pendant la semaine actuelle, au lieu de 985 qui lui avaient été signalés pendant la semaine dernière. La situation sanitaire de Paris continue donc à être satisfaisante, surtout pour les adultes, car la mortalité des enfants continue à être assez élevée.

La comparaison des chiffres des dernières semaines conduit aux conclusions suivantes :

La Fièvre typhoïde (46 décès au lieu de 41 pendant la semaine précédente), continue à être de plus en plus fréquente. Il est à craindre que cette aggravation ne persiste pendant les prochaines semaines.

La Rougeole, au contraire (21 décès au lieu de 26), continue à se montrer rare. Elle a causé pourtant 4 décès dans le XIII[e] arrondissement. Les faubourgs de l'ouest et du nord de Paris, si cruellement frappés par la Rougeole pendant le printemps dernier, ne comptent qu'un très faible nombre de décès pendant ces dernières semaines, et dans le cours de celle-ci, le XVI[e], le XVII[e] et le XVIII[e] arrondissement n'en ont pas compté un seul. Le quartier de Belleville, régulièrement frappé, chaque semaine, de un ou plusieurs décès par Rougeole, n'en présente pas un seul aujourd'hui ; Saint-Fargeau et le Père-Lachaise sont moins bien partagés.

La Diphtérie (23 décès au lieu de 30) est également en décroissance. La Coqueluche n'a causé que 8 décès, dont 4 dans les quartiers contigus de Belleville, Combat, Amérique.

La Variole (1 décès au lieu de 0) et la Scarlatine (2 décès dans chacune des deux dernières semaines) continuent à être rares.

La Bronchite (14 décès au lieu de 17) et la Pneumonie (38 décès au lieu de 42) continuent à être rares. L'Athrepsie (gastro-entérite des jeunes enfants) a causé 104 décès au lieu de 125. On doit craindre que l'élévation nouvelle de la température n'augmente la fréquence de cette maladie qui semblait en voie de rétrograder.

Le service de Statistique n'a reçu cette semaine avis d'aucun cas de choléra ni de maladies y ressemblant.

Le service de Statistique municipale n'a enregistré que 291 mariages cette semaine. C'est un des nombres les plus faibles que l'on ait constaté cette année. Il a reçu notification de 1,189 naissances d'enfants vivants (621 garçons et 568 filles) dont 848 légitimes et 341 illégitimes ; parmi ces derniers, 55 ont été reconnus immédiatement par un des parents ou par les deux.

Dr Jacques Bertillon.
Chef des Travaux de la Statistique municipale de la Ville de Paris.

FORMULAIRE

Poudre absorbante. — Sigmund.

Alun finement pulvérisé.	5 grammes
Carbonate de chaux pulvérisé.	5 —
Amidon pulvérisé ou lycopode.	50 —

Mêlez intimement. — Cette poudre est conseillée pour panser les excoriotions qui saignent facilement, les gerçures et les crevasses de la peau. — N. G.

COURRIER

Nécrologie. — Nous apprenons avec un vif regret que le corps médical vient d'être frappé de nouveau par l'épidémie cholérique en la personne de M. le docteur Castillon, qui a succombé, le 16 de ce mois, à Bessèges, victime de son dévouement.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprim le ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

BULLETIN

Nous avons publié, en avril 1881, la découverte d'un habile archéologiste, M. E. Toulouze : une trousse chirurgicale appartenant à l'époque de Galien. La *Revue archéologique*, la *Gazette hebdomadaire* par la plume de M. le docteur Dechambre, annoncèrent également cette trouvaille unique dans nos collections nationales. Les instruments, dessinés et gravés en taille-douce par M. Toulouze, sont des plus curieux par la forme et la finesse de leur exécution.

Tout récemment, le 10 juillet 1884 (feuilleton), nous avons donné la description et la figure de biberons de l'époque gallo-romaine, trouvés par M. Toulouze dans le cinquième arrondissement.

Aujourd'hui, nous lui donnons encore la parole pour mettre au jour une découverte de moindre importance, mais d'un réel intérêt cependant, à cause de la ressemblance de l'objet trouvé avec les instruments qui composaient la trousse du IIIe siècle.

« Le journal *la Ville de Paris* a publié la découverte que je fis d'une ancienne voirie romaine située en face de la rue Clovis et de la rue du Cardinal-Lemoine. Cette butte mesurait de cinq à six mètres d'élévation, et le dépôt d'immondices, de 5 à 600 mètres de surface. Au milieu de ces débris, aujourd'hui changés en terreau, se trouvaient de beaux fragments de poteries portant le sigillum : 1° Ofic. Bilicati ; 2° Mammi of ; 3° Pavlim ; 4° CINTVGNATV ; 5° Samilli. M.

« Les ossements reconnus furent ceux du bœuf, du sanglier, du mouton ou mouflon. Au milieu de ces restes se trouvaient des fragments d'œnochoée, d'ampulla, d'amphore en terre rouge vif.

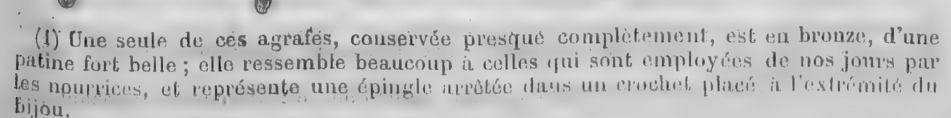
« Cette butte factice, composée d'immondices, était en dehors du centre de Lutèce, à l'époque de la domination romaine.

« A une faible distance, et dans un dépôt de cendres, nous rencontrâmes un instrument en bronze, de 14 centimètres de longueur, dont l'extrémité manuelle se termine par une boule olivaire, en tout semblable à celle de la trousse, et que nous croyons être un explorateur destiné à pénétrer dans les trajets fistuleux, à sonder la profondeur des blessures. La pointe, légèrement recourbée sur un diamètre de 8 millimètres, semble avoir été façonnée pour permettre à l'instrument de pénétrer par la partie courbe et d'extraire le corps étranger à l'aide du crochet.

« La tige de ce curieux instrument est décorée d'une sorte de spirale vers son centre de gravité.

« Nous pouvons affirmer, d'après nos découvertes antérieures, que ce petit instrument appartient, ainsi que la trousse du IIIe siècle, à l'époque de Galien. Il ne le cède en rien à cette dernière pour la beauté de l'exécution.

« Quelques agrafes *(fibula)* (1) en fer se trouvaient dans les cendres, ainsi qu'un petit cure-



(1) Une seule de ces agrafes, conservée presque complètement, est en bronze, d'une patine fort belle ; elle ressemble beaucoup à celles qui sont employées de nos jours par les nourrices, et représente une épingle arrêtée dans un crochet placé à l'extrémité du bijou.

oreille en bronze *(Auriscalpium)* qui faisait probablement partie d'une trousse de dame. Ce petit instrument, de 4 centimètres de longueur, était accompagné d'une pince à épiler *(Volsella* ou *Vulsella)*; malheureusement elle se réduisit en poussière, comme cela arrive souvent, et la restauration en fut impossible. » — L. G. R.

Parallèle entre l'opération césarienne et l'opération de Porro,

Par M. le docteur G. Eustache (de Lille).

Dans sa causerie du 17 août, notre collaborateur Simplissime a rendu compte d'un incident qui l'avait péniblement impressionné au Congrès de Copenhague. M. le docteur Eustache (de Lille) avait été accusé par un de ses confrères d'avoir rapporté inexactement certains faits d'opérations césariennes auxquelles il avait assisté.

Nous n'avons pas voulu insérer une lettre rectificative, qui eût manqué de précision et n'eût rien éclairci. Mais nous publions volontiers le mémoire de M. Eustache, tel qu'il a été communiqué au Congrès.

(La Rédaction.)

Au Congrès de Londres (1881), j'avais essayé d'établir le parallèle entre la céphalothripsie et l'opération césarienne, la femme étant à terme, et j'avais soutenu l'idée que, de ces deux modes d'intervention, le dernier paraissait devoir être préféré; j'avais fondé mes conclusions sur divers considérants, et entre autres sur les récents succès de l'opération de Porro.

Il y a lieu de comparer à son tour cette dernière à l'opération césarienne. Cette question me semble d'autant plus intéressante que l'opération de Porro est une véritable mutilation, à laquelle on ne doit recourir que lorsqu'il n'y a pas moyen de faire autrement, et qu'elle nécessite un manuel opératoire autrement compliqué que celui de la simple opération césarienne.

On a fait intervenir dans l'étude de cette question les lois de la religion et de la morale, qui s'opposent, dit-on, à ce qu'on mutile une femme et à ce qu'on la condamne à une stérilité définitive. Je laisserai de côté ces considérations pour m'en tenir aux faits seuls; car les faits doivent primer tout raisonnement.

En ce qui concerne les mérites respectifs de l'opération césarienne et de l'opération de Porro, on peut aujourd'hui établir des données, tirer des conclusions qui, pour ne pas être d'une précision absolue, n'en permettent pas moins de tracer une règle générale, de marquer la ligne de conduite que l'on peut et que l'on doit suivre dans l'immense majorité des cas.

a. Voyons d'abord les données de la statistique pour l'opération de Porro :

En faisant le relevé des 140 premières opérations de ce genre, on trouve :

Femmes mortes.	78
Femmes guéries.	62

c'est-à-dire une mortalité de 55,7 pour 100. Voilà pour les résultats immédiats.

Quels ont été les résultats éloignés pour les 62 femmes guéries? Il n'a pas été possible de l'établir d'une façon complète, mais un de nos anciens élèves, M. le docteur Daucourt, a pu reconstituer l'histoire ultérieure de près de la moitié, soit de 30 sur 62. Or, sur ces 30 femmes guéries, 9 ont eu à la suite de l'opération un état de santé franchement mauvais, c'est-à-dire que les suites ont été très défectueuses dans le tiers des cas.

Tels sont, en résumé, les résultats de l'opération de Porro.

b. Peut-on établir la même statistique pour l'opération césarienne? Je reconnais, dès l'abord, que la chose est bien difficile, pour ne pas dire impossible.

La première raison en est que personne ne voudrait mettre en parallèle deux opérations, quelles qu'elles soient, pratiquées dans des conditions absolument différentes. Qu'on applique à l'opération césarienne les procédés perfectionnés d'hémostase et d'antisepsie que l'on a employés pour l'opération de Porro, et alors la comparaison deviendra possible et concluante. Remonter aux statistiques antérieures à 1875 serait totalement irrationnel.

La seconde raison, c'est que, pour qu'une statistique soit absolument probante, il

faut qu'elle soit complète. Or, la chose est bien difficile aujourd'hui; et, du reste, ne peut-on pas dire que les résultats heureux sont presque toujours connus et prônés, et que les résultats malheureux sont laissés dans l'ombre?

Pour ces deux raisons, je ne rapporterai pas de statistique proprement dite; mais personne ne me contredira, quand je dirai que les succès, à la suite de l'opération césarienne, semblent devenir et deviennent même tous les jours plus nombreux.

Personnellement, je n'ai pas fait d'opération césarienne, mais j'ai assisté à deux opérations de ce genre qui ont été suivies de succès : Vanverts, de Lille (1), Waringhem, de Calais (2). M. Vanverts (3) a échoué dans une seconde opération. Un autre échec a été noté à Lille par M. Pelat (4). En France, les succès de MM. Cazin (de Boulogne), Caternault (d'Angers), Lizé (du Mans), Bailly (de Paris), Gauclin, et surtout de M. Closmadeuc (de Vannes), qui a obtenu 3 succès sur 3 opérations, méritent de fixer sérieusement l'attention. En Allemagne, en Amérique et en Angleterre, les guérisons balancent les morts. En faisant le relevé des faits publiés dans les journaux depuis 1877, j'ai trouvé 46 cas, sur lesquels on note 24 guérisons, c'est-à-dire une mortalité inférieure à la moitié, soit 47,8 p. 100, tandis que l'opération de Porro donne 55,7 p. 100.

Il n'est pas jusqu'aux résultats éloignés qui ne paraissent devoir être de beaucoup meilleurs à la suite de l'opération césarienne, ainsi qu'il résulte des recherches précitées de M. Daucourt.

L'opération césarienne a contre elle les dangers très grands de l'hémorrhagie et de la septicémie : mais, avec les progrès modernes de la chirurgie, on peut parer à ces accidents. Sans doute on ne saurait jamais avoir une sécurité absolue, comme le demande M. le professeur Muller (de Berne). Ne peut-on pas lui répondre que cette sécurité absolue n'existe pas non plus avec l'opération de Porro, puisque, sur 75 morts à la suite de cette opération, on en note 23 par péritonite septique, 9 par septicémie, et 4 par hémorrhagie? L'absolu n'existe nulle part.

En somme, théoriquement et pratiquement, la vieille opération césarienne donne aujourd'hui d'aussi bons résultats, en donnera plus tard de meilleurs que l'opération de Porro, aussi je n'hésite pas à soumettre à la section d'obstétrique du Congrès les conclusions suivantes qui me semblent devoir être la base de la conduite des praticiens futurs :

1° Toutes les fois qu'il y a indication à extraire l'enfant par les voies artificielles, c'est à l'opération césarienne qu'il faut avoir recours de préférence.

2° Les efforts des accoucheurs doivent viser au perfectionnement de cette opération, afin d'en augmenter la sécurité. Les pansements antiseptiques et les sutures utérines seront généralement employés et la ligature du col, appliquée momentanément, pourra être recommandée.

3° L'opération de Porro ne sera pratiquée qu'à titre d'exception, après que l'opération césarienne aura été reconnue trop dangereuse.

(1) *Journal des sc. méd. de Lille*, septembre 1879. L'opérée est devenue enceinte deux fois depuis son opération, et a été chaque fois délivrée par l'avortement artificiel.

(2) Obs. inédite. — La femme Jeannette R..., 30 ans, secondipare, fut opérée le 30 juin 1879 pour cause de cicatrices et fistules vaginales datant d'un premier accouchement, compliquées d'oblitération du col. Elle est bien portante depuis, malgré la persistance de la fistule vésico-vaginale qu'elle n'a pas voulu faire opérer.

(3) *Journal des sc. méd. de Lille*, septembre 1879.

(4) *Annales de gynécologie*, 1878.

Lettres d'Orient

Constantinople, le 15 septembre 1884.

Après une absence de quelques semaines, permettez-moi de compléter mes informations sur la peste de Bedra.

Le fléau a disparu de Zorbadia le 6 juin, de Bedra le 7 du même mois, de Djesan le 13 du même mois et de Mendeli le 24 du mois de juin également.

Quarante jours après le dernier décès dans le territoire pestiféré, les cordons ont été levés, et les habitants qui avaient évacué leurs foyers ont pu les regagner, après une rigoureuse désinfection de leurs habitations.

Quant à l'origine de cette peste, il résulte du rapport d'un médecin sanitaire envoyé au Louristan, province persane limitrophe, à l'effet de faire une enquête à ce sujet, que la peste a sévi dans cette province depuis le commencement de l'année courante, notamment parmi les tribus d'*Erkavaz* et celle de *Chohan*, mais aussi parmi celles d'Ali-Behi, Decorsa et Beha, et qu'en outre le fléau sévissait dans le Luristan, parmi les nombreuses tribus qui y campent depuis l'année 1879.

Par conséquent, comme ces tribus sont en communication fréquente avec le territoire ottoman, du côté de la frontière depuis Mendeli jusqu'à Zorbadia, il est fortement à présumer que la province de Bagdad, étant indemne de cette maladie depuis bientôt quatre ans, l'a reçu à Bedra par les provenances du L uristan. Les investigations faites par notre médecin sanitaire, sur les lieux, viennent à l'appui du fait, d'ailleurs connu, que la peste est endémique en Perse, dans la province de Kurdistan, ainsi que dans celle du Louristan, formant des territoires voisins de la Turquie. Ces faits sont exacts, malgré tous les démentis qui ont été opposés à plusieurs reprises par les autorités persanes.

Espérons qu'à la suite du retour de l'hiver et du retrait des eaux du Tigre, je n'aurai pas l'occasion de vous occuper à nouveau de la peste.

STÉKOULIS.

BIBLIOTHÈQUE

PROPHYLAXIE ET GÉOGRAPHIE MÉDICALE DES PRINCIPALES MALADIES TRIBUTAIRES DE L'HYGIÈNE, par M. Léon POINCARÉ, professeur d'hygiène à la Faculté de Nancy. — Paris, 1884. G. Masson.

Ce n'est pas seulement dans un réel intérêt de curiosité scientifique qu'il y avait utilité à réunir dans un même ouvrage la géographie médicale et l'hygiène de ces grands processus sous les diverses latitudes du globe. Cette étude est encore de profit immédiat pour la pratique, à un moment où tant de récents travaux de pathogénie modifient nos connaissances traditionnelles sur l'origine et la propagation des principales maladies.

Jusqu'ici, les données de la géographie médicale ont été le point de départ de ce que M. Poincaré appelle très heureusement « la stratégie de la prophylaxie ». Seulement, ces documents qui font l'objet de travaux considérables, de mémoires justement fameux, d'ouvrages comme ceux de Boutin, de Lombard, de Hirsch, sont, il faut l'avouer, de connaissance trop peu vulgaire. Le livre actuel a donc place à côté de ceux-ci et de l'anthropologie médicale de M. Bordier. Voici quel est le plan adopté par le savant professeur de Nancy :

« Chacune des maladies considérées comme principalement tributaires de l'hygiène « y est l'objet d'un chapitre spécial divisé lui-même en deux parties distinctes, quoique « corrélatives : la géographie médicale de la maladie et sa prophylaxie, cette dernière « s'appuyant sur la première. » — Pour chacune d'elles, la description est accompagnée d'une carte qui, par son heureuse exécution typographique, facilite l'intelligence du texte. Enfin, la classification de ces maladies est la suivante : M. Poincaré passe en revue les maladies d'origine miasmatique, dans la pathogénie desquelles les microbes, ou tout au moins les poisons biologiques interviennent manifestement : telles sont la fièvre typhoïde, dont l'auteur discute surtout la prophylaxie, les mesures propres à réaliser l'isolement et à prévenir l'encombrement, puis celles qui sont relatives au sol, aux égouts, aux eaux ménagères, à la nappe souterraine, aux eaux potables et aux aliments; enfin, il analyse les conditions géographiques et saisonnières ; la fièvre récurrente, le typhus pétéchial ; la fièvre intermittente avec sa prophylaxie défensive ou d'hygiène privée; sa prophylaxie offensive ou administrative; les fièvres éruptives, la diphthérie, la tuberculose, la lèpre tuberculeuse; enfin, le choléra, la peste et la fièvre jaune. Est-il besoin d'insister sur l'opportunité de ces indications prophylactiques au point de vue de l'avertissement des épidémies? Le livre actuel comble une lacune, parce qu'au lieu de se borner aux indications très générales des divers traités d'hygiène, il établit l'hygiène spéciale de chacune de ces affections.

La deuxième partie traite des maladies d'origine alimentaire attribuables les unes aux aliments végétaux altérés : ergotisme, pellagre, acrodynie et lathyrisme; les autres aux viandes de mauvaise qualité : la trichinose; ou bien aux boissons : l'al-

coolisme. Elle se termine par un chapitre sur les affections dont on trouve l'origine dans un régime défectueux : le scorbut, le bériberi, la lithiase urinaire et la goutte.

Enfin, la dernière partie a pour objet les maladies météoriques : pneumonie, grippe, hépatite, dysentérie. Ce sont celles qui jusqu'à présent avaient été considérées comme l'œuvre du froid et du chaud. Ici d'ailleurs, comme dans les autres chapitres de cet ouvrage, M. Poincaré ne néglige aucun des travaux contemporains, mais, tout en s'en inspirant, évite les exagérations doctrinales et attend avec patience le contrôle des investigations contradictoires avant d'en accepter les résultats. Il en est ainsi du micrococcus de la pneumonie et du microbe de la diphthérie. Par contre, quand les résultats semblent définitifs, M. Poincarré n'hésite pas à les adopter, parfois même avec un certain enthousiasme.

Voici, par exemple, comment il termine le paragraphe où il apprécie la théorie microbique de la tuberculose : « Tout porte à espérer que le problème de l'atténuation sera « résolu d'ici peu, et l'affection n'étant point limitée à l'espèce humaine, il sera facile « de s'assurer de l'effet préservateur. Celui-ci une fois démontré, il n'y aura pas à « hésiter..... La tuberculisation préservatrice s'imposera immédiatement à la sollicitude « des gouvernements et à la conscience des pères de famille. »

Inspiré par ce sage esprit de réserve, qui est celui du progrès, le livre de M. Poincaré est de ceux dont le besoin se faisait sentir. Les questions de prophylaxie individuelle ou générale sont dans l'esprit et les oreilles de tout le monde ; les Sociétés savantes les mettent à leur ordre du jour. Avant de porter jugement, il me semble donc équitable de recommander la lecture de cet ouvrage, qui possède, qualité bien rare à cette heure de grande fécondité littéraire, le mérite de l'originalité, et j'ajouterai même, l'attrait de la nouveauté. Exposé impartial des faits plus que des théories, des doctrines ou des hypothèses toujours caduques, il marquera dans la littérature médicale de notre pays et dans l'enseignement de la jeune et vaillante faculté de l'Est.

Ch. Eloy.

Syphilis et pseudo-syphilis, par M. Alfred Cooper. — Londres, 1884; J. et A. Churchill.

Chirurgien depuis trente ans du *Lock Hospital*, et praticien de vaste clientèle, M. A. Cooper a voulu, dans ce volume, exposer les observations qu'il doit à une longue expérience des maladies vénériennes. A ce point vue, nul de ses compatriotes n'était mieux autorisé à le faire.

Il est vrai que, depuis les travaux récents de l'Ecole française, le livre de M. Mauriac et les Leçons de M. Fournier, pour ne parler que des publications françaises contemporaines, on pourrait croire à la superfluité de nouveaux ouvrages sur la vénéorologie. Il n'en est rien et, quelle que soit l'opinion ou la nationalité du lecteur, il lira avec intérêt le livre actuel.

Ce n'est pas que ses idées doctrinales soient bien nouvelles; M. Cooper n'est ni un Uniciste, ni un Dualiste. Se plaçant hors de l'un et l'autre camp, il est partisan de l'existence d'un chancre et d'un virus syphilitique, d'une part; d'un chancre mou, produit plus ou moins direct de matières virulentes inflammatoires ; et en troisième lieu d'un chancre mixte par inoculation simultanée des deux matières virulentes, chancre dont les caractères varient suivant la proportion relative des virus mélangés.

Cette hypothèse n'est pas originale, tant s'en faut, après les expériences de Pick en 1865, de Wigglesworth (de Boston), les recherches de Kaposi et une observation remarquable de Taylor. Elle soulève des objections : mais enfin elle a ses avocats autorisés. La nature organisée du virus syphilitique ne paraît pas douteuse à M. Cooper. Il mentionne donc quelques-unes des recherches relatives à ce point de pathogénie. Cette mention est partielle, et je regrette l'omission des faits dernièrement observés par nos compatriotes à Paris et à Lyon.

L'histoire, la distribution géographique, l'évolution symptomatique de l'étiologie des maladies vénériennes, remplissent les cinq premiers chapitres de ce livre. Ici l'auteur veut ménager le temps et l'espace ; il résume avec concision les documents divers qu'ils a pu réunir sur ces questions et en donne un aperçu très général.

Plus loin, il entre dans l'étude clinique du chancre mou et de ses accidents : c'est le chapitre de la pseudo-syphilis, des fausses syphilis. Pourquoi désigner de ce mot ce que chacun connaît plus ou moins sous un autre nom ? D'ailleurs, en ce temps de virus atténués et modifiés, cette dénomination peut causer de la confusion plutôt que rendre la nomenclature plus précise.

J'arrive à l'étude de la syphilis, de la syphilis vraie, de celle des classiques. M. Cooper s'est surtout attaché à en étudier les manifestations viscérales : syphilis de l'œil, syphilis

des centres nerveux, syphilis des grands organes, etc., etc. Ici, il faut le reconnaître et en remercier sa courtoisie scientifique, l'auteur rend bonne justice aux découvertes des médecins français, MM. Charcot, Cornil, Lancereaux, Fournier, pour en citer seulement quelques-uns.

Ce volume se termine par la discussion de la prophylaxie des maladies vénériennes et les indications de leur thérapeutique. Bien que citoyen d'un pays de libre prostitution, M. Cooper reconnaît que la surveillance et la visite sanitaire sont les seuls moyens de prévenir la multiplication des maladies vénériennes. Il donne la preuve de cette opinion; après les savantes statistiques de M. Mauriac, cette démonstration peut sembler superflue pour la France ; elle ne l'est pas pour les pays de Grande-Bretagne et d'Irlande.

Ce livre a été écrit au point de vue pratique. Ses dispositions typographiques, ses tables et ses divisions le sont aussi. Il aura place dans les bibliothèques parmi les meilleurs manuels de vénéorologie. — C. Eloy.

Traité pratique de massage et de gymnastique médicale, par J. Schreiber. Paris, 1884. O. Doin.

Ce petit manuel a pour but de faciliter la pratique de la mécanothérapie, dont l'efficacité thérapeutique est appréciée à l'étranger à une plus juste valeur que dans notre pays. Ici, en effet, on a trop longtemps abandonné l'emploi de ses procédés à des mains impures, et, comme le remarque l'auteur, « le mot massage a même un mauvais « renom : il porte avec lui un certain parfum de charlatanisme parce que, en réalité, « le public a été longtemps exploité par des individus ignorants et cupides ».

C'est donc pour mettre tous les praticiens à même de l'employer que ce petit livre a été écrit. Par les démonstrations et les figures nombreuses qu'il renferme, chacun, en effet, y trouvera les indications nécessaires pour faire utilement de la mécanothérapie. Aussi, à côté de quelques pages de physiologie, il contient des chapitres très complets sur l'emploi de la mécanothérapie dans le traitement des affections rhumatismales et nerveuses; les empoisonnements et les dyscrasies; les affections articulaires et osseuses; enfin, des troubles digestifs chroniques.

Un index bibliographique complète le volume et le rend utile à la fois aux praticiens, à ceux de nos confrères qui voudront connaître plus à fond les ressources, les applications, les procédés et les résultats de la cynésithérapie. — C. L. D.

REVUE DES JOURNAUX

Résorption rapide d'un épanchement pleurétique à la suite d'un érysipèle du thorax, pa M. Schmidt. — Le 20 septembre 1883 entrait à l'hôpital un ouvrier vigoureux de 55 ans présentant tous les signes d'un épanchement séreux abondant du côté gauche. Il étai malade depuis trois semaines. La respiration ne s'entendait qu'au sommet du poumon matité et silence respiratoire partout ailleurs ; dyspnée, quintes de toux sans expectoration ; léger mouvement fébrile tous les soirs. A droite, respiration supplémentaire. Le traitement consista pendant les quatre premiers jours dans l'application sur le côté malade d'une *compresse échauffante* (*sic*) et l'opium à l'intérieur. Aucun résultat. Le 24, application d'un large vésicatoire, entretenu au papier épispastique : l'amélioration est nulle jusqu'au 2 octobre. Le 3 octobre, la fièvre croît subitement et un érysipèle part de la plaie du vésicatoire ; il gagne le dos, sa marche est lente ; le 7 octobre on constatait à l'auscultation la disparition presque complète de l'épanchement ; une bande étroite de matité relative subsistait à la base ; la respiration s'entendait partout, la dyspnée avait cessé. Le 8, il n'y avait pour ainsi dire de matité nulle part. L'érysipèle gagna ultérieurement le visage et le cuir chevelu et finit par guérir.

On ne saurait être évidemment autorisé à admettre la pratique de Fehleysen (de Würtzbourg), qui, dans sa confiance en l'érysipèle curateur, ne reculait pas devant l'inoculation ; il en coûta la vie à un de ses sujets. Mais l'auteur en appelle aux procédés de culture et d'atténuation de Pasteur, pour nous procurer un virus dilué et maniable dont les indications d'inoculation ne manqueront pas. (*St-Petersburg med. Woch.*, 1883, 14 novembre, n° 43.) — R. L.

Des complications rares de la blennorrhagie, par O. Peterson. — De l'été de 1878 à la fin de 1882, 5,185 vénériens sont entrés dans les salles de l'hôpital Alexandre, parmi lesquels 975 blennorrhagiques.

La complication la plus fréquente est l'épididymite : 386 cas; puis le phimosis, 27; paraphimosis, 9; l'orchite vraie, 3 cas, et une fois avec suppuration. Le rhumatisme prétendu blennorrhagique est très rare, ce qui doit rendre très réservé sur sa véritable interprétation. Relativement à la prostatite et à l'hydrocèle accompagnant l'épididymite, l'auteur n'a pas de proportions exactes à donner. Il a observé la suppuration des vésicules séminales, et parmi plusieurs autres, deux cas graves de périuréthrite suppurative : 1° blennorrhagie, périuréthrite suppurative, rupture de l'urèthre, infiltration urineuse, abcès sous-cutané abdominal, fistule uréthrale ; 2° blennorrhagie aiguë, périuréthrite suppurative, abcès sous-cutané abdominal, pyoémie. *Mort.* Dans un autre cas, un blennorrhagique, s'étant fracturé le rachis dans une chute, eut une cystite diphthéritique et un abcès retro-vésical qui entraîna sa mort. (*St-Petersburg med. Woch.*, 1883, 24 novembre, n° 45.) — R. L.

Contagion de la tuberculose pulmonaire, par Lindmann. — Ce sont les observations très singulières de deux jeunes enfants, circoncis d'après le rite juif, et chez lesquels se déve loppèrent sur les surfaces de section des ulcères tuberculeux.

On sait que l'opérateur, la bouche pleine de vin, procède à la succion de la plaie : or il était phthisique; ce furent même là ses deux dernières opérations; il mourait quelques mois après. L'un des deux enfants, à la vérité, avait, par sa mère, des antécédents héréditaires tuberculeux. Il eut de l'adénite caséeuse de l'aîne; puis de la suppuration vertébrale, et mourut de phthisie généralisée. Le deuxième, sans tare de famille, eut bien de l'adénite inguinale; mais elle vint à résolution : l'ulcère préputial guérissait en quelques mois. Au bout d'un an, on eut de la suppuration osseuse, caséeuse au niveau de l'apophyse styloïde du radius. La cicatrisation s'effectuait cependant, et l'enfant est aujourd'hui bien. (*Deutsch. med. Woch.*, 1883, n° 30). — R. L.

Paralysie ascendante aiguë, par Th. Rumpf. — Enfant de 12 ans, pris de paralysie, sans cause apparente, avec douleurs et fourmillements des jambes. Anesthésie remontant jusqu'aux genoux. Les muscles du tronc présentèrent de la parésie. La respiration et la déglutition s'embarrassèrent. Finalement, on était en présence d'une paralysie flasque, complète des jambes, incomplète des muscles du tronc et des bras, d'une anesthésie avec perte du sens musculaire, jusqu'au-dessus du genou, d'une diminution de la sensibilité tactile jusqu'à la symphyse; abolition du réflexe plantaire ; réflexes tendineux développés; absence du phénomène du pied. Pas de troubles vésicaux, pas de fièvre. Le traitement consista dans l'iodure de potassium et des applications de ventouses scarifiées le long du rachis.

Deux mois et demi après le début, il y eut quelque amélioration. On employa l'électricité, galvanique et faradique ; après huit mois, on constatait le retour presque intégral à l'état normal.

L'auteur pense moins à la maladie de Landry pure qu'à une forme intermédiaire, se rapprochant de la poliomyélite ou de la myélite centrale. (*Deut. med. Woch.,* 1883, n° 26).

R. L.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE LYON PENDANT LE DEUXIÈME TRIMESTRE DE 1884.

En présentant, dans les séances du 7 et du 21 avril, un exemple d'*inoculation de la syphilis au singe*, M. Cognard devait provoquer et a provoqué une vive discussion dans cette Société où les syphiliographes sont nombreux et les travaux sur les maladies vénériennes toujours en honneur.

Après une inoculation de liquide de culture préparé dans le laboratoire de M. Chauveau, au moyen du pus recueilli sur un syphilitique, l'animal avait présenté, sur la commissure labiale, la voûte palatine et la plante des pieds, des lésions analogues aux accidents secondaires de la vérole. Ces lésions étaient-elles de nature syphilitique? M. Diday hésite à les regarder comme celles d'une syphilis expérimentale. Il faudrait, dit-il, quelle que soit leur apparence d'accidents secondaires, résoudre le débat soulevé par Klebs avant de se prononcer, et savoir si l'inoculation des produits de la syphilis n'aurait pas parfois pour effet de produire la tuberculose. M. Rollet n'est pas moins réservé, tout en admettant que, dans les inoculations de M. Cognard, comme dans celles de ses

prédécesseurs Basset, Legros, MM. Martineau et Hamonic, les phénomènes observés étaient sinon ceux de la syphilis, du moins des lésions très analogues.

M. Dron, et surtout M. Horand, ne croient ni à la syphilis du singe, ni aux expériences des auteurs, et font remarquer qu'on ne sait rien encore de précis sur la transmission de la syphilis aux animaux. De plus, l'apparition de plaques muqueuses permettrait seule de lever les doutes; or elles font défaut dans l'espèce. Pour trancher la question M. Cognard n'a plus, à l'heure actuelle, qu'à inoculer des singes avec du pus de chancre syphilitique, ce serait éviter le reproche de produire la septicémie, parce que le liquide contient des microcoques, et parce que, en microbiologie, les bacilles représentent seuls les agents de spécificité morbide.

La *trépanation des os dans les ostéo-myélites douloureuses et rebelles* a fait l'objet d'une communication de M. Ollier. On n'a pas oublié le mémoire de l'auteur sur ce sujet et sa conclusion, qui consiste à dire que les os enflammés doivent être traités en chirurgie absolument comme les parties molles. La trépanation revient donc, dans l'espèce, au rôle du débridement dans les étranglements.

Le 18 avril, M. Aubert donnait lecture d'une note sur l'*état latent du début de la cystite blennorrhagique*. D'après cet observateur, la suppuration pourrait envahir l'urèthre postérieur et la vessie ; en l'absence de tout signe révélateur de ce phénomène, la présence du pus en est alors le seul indice, et la maladie peut, ou bien évoluer pour se terminer silencieusement, ou bien précéder la forme commune de la cystite. Dans ces circonstances, l'examen des urines devient de majeure importance. M. Aubert ne le considère comme précis qu'à condition de faire précéder la miction d'un lavage uréthral.

La séance du 19 mai a été consacrée à la discussion d'une communication de M. Boudet sur l'*asthme ou fièvre des foins*. Les trois malades dont il raconte très sommairement l'histoire étaient des arthritiques, et conséquemment leurs observations entraient dans la catégorie de ces faits d'asthme des foins observés chez les goutteux et les arthritiques par M. Gueneau de Mussy. M. Boudet partage d'ailleurs l'opinion de celui-ci.

M. Humbert Mollière, qui lui-même est atteint de cette affection, est aussi de cet avis; cependant, il met en doute l'intervention toute puissante des poussières végétales comme cause occasionnelle, et, d'après son expérience personnelle, fait jouer un rôle actif à la vive lumière et à l'élévation de la température. M. Renaut est du même avis et compare les manifestations de l'asthme des foins avec les phénomènes produits chez certains individus par l'aspiration de poussières végétales, l'ipécacuanha, par exemple, ou même les érythèmes consécutifs à l'ingestion de certains aliments.

Cette discussion infirme donc les travaux des médecins anglo-saxons, qui en ce moment s'efforcent de placer l'asthme des foins sous la dépendance d'une rhinite chronique ou de lésions des fosses nasales.

Dans la séance du 26 mai ont été lues deux communications : l'une de M. Ollier sur un cas d'*ablation de l'astragale pour une arthrite suppurée de l'articulation tibio-tarsienne ;* l'autre de M. Gaget, sur l'*opération de la cataracte*, analyse critique des 134 opérations du dernier trimestre. Dans cette même réunion, M. Diday a proposé la vaccination, avec le virus syphilitique très probablement atténué recueillis ur le singe : 1° préventivement, des prostituées, de certaines nourrices et des individus qui, peu après le coït, s'aperçoivent — un peu tard à coup sûr — que leur conjointe avait des lésions syphilitiques contagieuses ; 2° semi-préventivement, des sujets porteurs de chancre au début avec ou sans l'auxiliaire de l'excision du chancre. Cette proposition ne manque certainement pas d'originalité; m'est avis seulement qu'elle est prématurée, après les hésitations de la Société et de M. Diday sur les expériences d''inoculation de la syphilis de l'homme au singe.

Nous voici en juin : M. Poullet fait une communication sur le *forceps* dans la séance du 9 de ce mois; M. Clément, une lecture sur les *cardiopathies de la ménopause*, dans celle du 30 juin. Mais les préoccupations de la Société sont ailleurs ; le préfet lui demande avis sur les mesures à prendre pour éviter l'importation du choléra dans la région lyonnaise. Ces mesures avaient surtout pour but la désinfection des trains de chemin de fer. et le sectionnement de la ligne entre Lyon et le littoral méditerranéen en deux tronçons, avec transbordement dans une gare intermédiaire, le tronçon des pays contaminés et celui des contrées non envahies. Il n'y a guère lieu de s'y arrêter après ce qui a été publié dans ce journal, sous la rubrique : *Choléra*. — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 septembre 1884. — Présidence de M. Larrey.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE :

M. le ministre de l'instruction publique transmet à l'Académie ampliation d'un décret par lequel est approuvée l'élection de M. Cornil comme membre titulaire dans la section d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Parrot, décédé.

Sur l'invitation de M. le Président, M. Cornil prend place parmi ses collègues.

M. le Président annonce la perte que l'Académie vient de faire dans la personne de M. Oulmont, membre titulaire dans la section de thérapeutique.

M. Le Roy de Méricourt donne lecture d'une note sur l'emploi du gaz sulfureux, comme désinfectant, dans les hôpitaux de la marine.

Malgré les expériences concluantes faites par M. Vallin, sur l'emploi de l'acide sulfureux comme désinfectant, de nouvelles expériences ont été faites par M. Bourru et M. l'aide-pharmacien Cazeau.

Dans une chambre de 51 mètres cubes, le 6 août dernier, ont été suspendus un matelas, un oreiller de plume, un traversin, une couverture de laine pliée en seize doubles, une autre couverture de laine roulée en trente-deux doubles, les deux bouts du rouleau solidement liés d'une corde. Dans la couverture et dans le matelas ont été placés des papiers de tournesol. Dans trois vases placés sur le sol fut allumée la quantité totale de 1 kilogr. 020 de soufre (20 gr. par mètre cube). Le mauvais état des jointures et des ouvertures de la pièce dans laquelle on opérait était tel que, six heures après, les expérimentateurs purent y pénétrer sans être incommodés, et, malgré ces conditions défectueuses, tout était pénétré, sauf l'oreiller de plume et le rouleau de couverture de trente-deux doubles.

Deux jours après, même expérience dans une chambre mieux close, les objets sont laissés vingt-quatre heures en contact avec le gaz, l'oreiller est imprégné, mais le rouleau de couverture est encore épargné dans ses plis les plus profonds.

Depuis le temps que ce mode de désinfection est employé, le linge et la literie n'ont pas été détériorés; seuls les métaux sont ternis, mais un simple fourbissage leur rend leur couleur et leur poli.

Ces résultats absolument satisfaisants ont engagé M. le préfet maritime de Rochefort à instituer une commission qui a fait adopter, pour l'hôpital de la marine, un établissement complet à désinfection.

Cet établissement comprendra :

1° Un hangar où déposer les objets à l'air;

2° Une étuve Herscher à air chaud, humide et sec alternativement;

3° Une chaudière à faire bouillir le linge sale contaminé ;

4° Une chambre à *désinfection par le gaz sulfureux* ou par tout autre gaz ou vapeur.

La désinfection des locaux, pratiquée récemment dans l'hôpital de Rochefort, a donné les résultats suivants :

Du 23 décembre au 21 mars, un pavillon d'isolement en bois a reçu 35 *varioleux*. Le 23 mars, on fit la désinfection du pavillon par le système exposé ci-dessus. Le 18 mai, le pavillon est ouvert aux malades atteints de *rougeole*, *aucun* n'a contracté la variole. Les murs conservaient encore après deux mois une forte odeur de gaz sulfureux.

La même expérience fut faite quelque temps après, mais cette fois les pavillons occupés par des individus atteints de rougeole, furent désinfectés et reçurent cinq jours après leur désinfection des sous-officiers blessés et fiévreux. Aucun ne contracta la rougeole.

Mêmes résultats à la suite d'une épidémie de diphthérie.

Rien n'empêche d'appliquer la méthode aux navires. L'expérience tentée en Allemagne sur le *Kaiser* et le *Sperber* est restée incomplète. La quantité de soufre brûlé n'avait été que de 10 grammes par mètre cube. Au mois de juin dernier, la *Moselle* venant de Toulon, a été désinfectée par l'acide sulfureux et d'une manière efficace. La nouvelle division des navires en compartiments étanches favorise cette opération.

Quant au meilleur procédé de production de l'acide sulfureux, M. Bourru est d'avis que c'est la combustion du soufre qui est plus facile à manier, moins inflammable que le sulfure de carbone et qui transforme tout l'oxygène en acide sulfureux, condition que ne remplit pas le sulfure de carbone.

Quant à l'action du gaz sulfureux produit par l'une ou l'autre méthode, sur les métaux, elle est sensiblement la même. Des expériences comparatives ont été concluantes à cet égard.

En terminant l'auteur se propose d'essayer un autre moyen de production du gaz sulfureux indiqué par M. Vallin ; c'est de traiter le bisulfite de sodium par l'acide chlorhydrique.

M. Proust, au nom de la commission des Eaux minérales, lit une série de rapports dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

M. Méhu, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit une série de rapports dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

— La séance est levée à quatre heures un quart.

VARIÉTÉS

L'ASSISTANCE DES ENFANTS FAIBLES DES CLASSES PAUVRES.

Ce serait manquer à l'équité envers notre époque que méconnaître le mouvement de la charité contemporaine en faveur de l'assistance des enfants pauvres, malades ou débiles. A l'étranger, surtout, où l'initiative privée donne l'exemple de fondations humanitaires libéralement conçues, ce mouvement s'est rapidement étendu depuis vingt années. On en trouve la preuve dans un mémoire de M. Uffemann (de Rostock), dont M. Gilson a eu dernièrement l'idée, sous l'heureuse inspiration de M. Nicaise, de publier une traduction dans la *Revue de médecine*.

Voici quelques renseignements empruntés à ce travail. Leur lecture n'est pas sans intérêt pour les médecins et sans profit pour les administrateurs de la charité officielle en France. — M. Uffelmann passe en revue les divers pays des deux continents.

En Angleterre il existe plus de trente établissements destinés à recevoir les enfants scrofuleux, convalescents ou débiles : les uns situés sur le littoral; les autres dans l'intérieur du pays. A l'exception de celui de Margate, dont la reine d'Angleterre est la protectrice, tous ont été librement fondés par des personnes charitables, des corporations ou des Sociétés. Ils sont indépendants de l'Etat et des paroisses.

En Italie, les hospices maritimes (*ospizi maritimi*) sont au nombre de vingt. Ils reçoivent les enfants pauvres par milliers. De plus, il existe des stations salines et thermales qui reçoivent aussi les indigents. D'autre part, le comte de Nostro et de Gamba a fondé quatre asiles d'hiver, trois à Turin, un à Milan, où les jeunes enfants sont mis en garde, nourris, soignés et instruits. A ces ressources, il faut encore ajouter des stations alpines pour les scrofuleux; toutes créations de l'initiative privée. N'est-ce pas un médecin de Florence, le docteur Barellai, qui a été l'initiateur de ces hospices maritimes aujourd'hui si prospères et si nombreux?

En Hollande, les hôpitaux maritimes de Scheveninger et de Sandevort, la maison de Zeist pour les enfants pauvres; en Danemark, l'établissement maritime de Refnaes; en Autriche, les maisons de Baden et de Hall; en Russie, celle d'Oraniembraum, témoignent des mêmes efforts.

Mais c'est en Allemagne surtout que depuis douze années ces fondations se sont multipliées. En 1880, on y comptait dix-huit établissements dans les stations thermales, et, dans cette statistique, les établissements bavarois ne sont pas compris; de plus, on a édifié des maisons pour les enfants faibles et convalescents, deux hospices maritimes et un établissement pour les enfants débitités par une nourriture insuffisante, celui de Marburg. Depuis, ce mouvement charitable ne s'est pas ralenti, et les maisons se multiplient dans toutes les provinces. En même temps, l'exemple donné en Suisse par le pasteur Bion a été suivi. On a établi des colonies de vacances dont l'essai a été récemment fait avec succès par deux ou trois municipalités parisiennes. Ces colonies sont installées au milieu des bois et dans des localités où le lait est abondant, cet aliment devant jouer un grand rôle dans l'hygiène des enfants fatigués ou débilités.

Aux Etats-Unis, où il existe aussi des hospices maritimes et un si grand nombre d'institutions d'assistance publique, on s'est efforcé de combattre les diarrhées infan-

tiles d'été qui, chaque année, y font de nombreuses victimes. Dans ce but, on a créé les stations de Cape-May (en Pensylvanie), de Beeverly-Farms dans le Massachussets, le Summer Hospital de Philadelphie; l'établissement de Rockaway, fondé par la *Relief Association de New-York*, dans le but de donner aux enfants pauvres un asile, la nourriture et le traitement hydrothérapique; enfin, l'hôpital flottant qui appartient à la *St-John's Society*. Chaque matin, six cents enfants atteints de diarrhée s'embarquent sur ce navire pour passer la journée en pleine mer et rentrer le soir en ville. Ils y reçoivent de grands soins et une nourriture convenable, viande, lait, etc.

M. Uffelmann ne méconnaît pas ce qui a été fait en France. Néanmoins on est quelque peu humilié quand on compare nos efforts aux magnifiques résultats obtenus par la charité privée en Europe et en Amérique. Il y a loin de ces ressources hospitalières au modeste hôpital de Forges-les-Eaux, à la fondation Bilgrain, aux asiles de convalescents d'Epinay-sous-Sénart et de la Roche-sur-Yon.

Nous possédons bien l'hôpital de Berk-sur-Mer. Par ses aménagements et les succès thérapeutiques qu'on y obtient, cet établissement tient le premier rang parmi les hôpitaux maritimes d'Europe. Seulement, tandis que l'initiative privée arrive promptement à de puissants résultats dans les pays étrangers, comment oublier les vicissitudes administratives qui accompagnèrent et retardèrent la fondation de Berk, et qui contribuent aujourd'hui comme alors à retarder la création d'autres établissements des plus indispensables ?

En effet, c'est seulement après quinze années de réflexions et d'hésitations que l'administration de l'Assistance publique se décida à construire cet établissement. Cependant les renseignements et l'expérience ne faisaient pas défaut. En 1846, elle avait envoyé des enfants scrofuleux en Bretagne sur la proposition d'un médecin de Saint-Malo. La tentative avait réussi. Vous croyez peut-être qu'elle fut poursuivie? Loin de là, elle fut oubliée.

En 1857, M. le docteur Perrochaud, médecin-inspecteur des enfants à Montreuil, signalait l'amélioration rapide des scrofuleux placés dans le village de Grattiers sur le littoral de la Manche. Alors on se décida timidement à confier douze enfants à une femme de Berk; elle les reçut dans sa maison, dut les nourrir, les baigner et les promener deux fois par jour sur la plage. En 1861, seulement, on construisit un bâtiment qui reçut un plus grand nombre d'enfants; avant d'en arriver à l'hospice actuel, il fallut édifier une maison provisoire. En eût-il été ainsi entre les mains d'une Société d'assistance privée? Non assurément. L'institution aurait eu de modestes débuts à l'instar de celles d'Italie et d'Allemagne, mais, à leur exemple aussi, elle aurait rapidement prospéré, à l'abri des hésitations administratives, des essais des architectes, des scrupules bureaucratiques et des fluctuations politico-religieuses!

La traduction du mémoire de M. Uffelmann ne serait pas inutile, si elle suggérait dans notre pays des initiatives privées pour la création urgente, à l'heure actuelle, de dispensaires analogues à celui du Havre, ou mieux d'écoles dispensaires pour les enfants débiles. En Belgique, la Société du sou des écoles de Bruxelles réalise en partie ce programme. Elle fonde, en ce moment, sur le littoral une école maritime pour les enfants pauvres de Bruxelles; et, avec les modestes cotisations de ses nombreux membres, elle pourvoit à son organisation. Son but est de recevoir chaque année, dans cet établissement de cinq cents lits, du 1er mai au 1er octobre, cinq cents enfants y séjournant quatre semaines, mille enfants pendant quatorze jours et quatre mille durant huit jours. Ces cinq mille cinq cents enfants y prendront des bains de mer plus ou moins prolongés, suivant l'état de leur santé, recevront une alimentation convenable, et en même temps, sous la direction d'un personnel scolaire, continueront de profiter d'un enseignement gratuit.

Là-bas, comme en Angleterre, comme en Allemagne, l'autorité administrative s'efface à propos devant la bonne volonté des citoyens. L'intervention des municipalités et de l'Etat auprès de ces établissements consiste seulement à les subventionner en proportion des pupilles qui y sont placés. L'autoritarisme et le fonctionnarisme peuvent s'en plaindre; mais n'est-il pas vrai que l'humanité y trouve grand profit? — C. L. D.

FORMULAIRE

Solution iodée contre la chlorose. — Trastour.

Iode	1	gramme.
Iodure de potassium	10	—
Eau distillée	300	—

Faites dissoudre. — A l'aide d'une cuiller de fer, on mesure une cuillerée à café de cette solution, on la mêle à un verre d'eau rougie, et on fait prendre le mélange deux fois par jour, à l'heure des repas, aux chlorotiques chez lesquels les préparations ferrugineuses ne réussissent pas. On continue le traitement deux ou trois mois, on se repose trois ou six mois, et on reprend de nouveau l'usage du remède pendant un mois. — La médication iodurée réussit même dans la chlorose ménorrhagique, et dans celle qui résulte d'un allaitement trop prolongé. — N. G.

COURRIER

Un épisode des missions sanitaires lyonnaises. — On lit dans le *Lyon médical :*

« Depuis le 9 août dernier, la mission sanitaire lyonnaise de l'Ardèche lutte contre le fléau. Après avoir fortement contribué à son extinction à Vogué et à Ruoms, à sa réduction au minimum à Lavilledieu, nos médecins et nos internes l'avaient encore poursuivi à Saint-Remèze, où, grâce à des mesures prophylactiques raisonnées et à des soins éclairés, l'épidémie cholérique était déjà en décroissance manifeste, lorsqu'un évènement, qui paraîtrait vraiment incroyable si nous n'étions en mesure d'en garantir à nos confrères l'entière exactitude, s'est produit et n'a pas tardé à rendre impossible le fonctionnement et même le maintien à Saint-Remèze de notre mission.

« Jeudi dernier 11 septembre, au moment où M. le professeur agrégé Bouveret et ses internes poursuivaient avec un succès croissant l'œuvre commencée, surgit à Saint-Remèze le docteur C..., de Paris, où il a, paraît-il, la spécialité de « *traiter par les urines* », et qui annonce directement à la population qu'il lui apporte un remède « CERTAIN » du choléra. Ce remède, le docteur C... l'a dans sa poche, c'est... *huit grammes de soufre lavé en suspension dans un julep,* qu'il suffit de prendre pour que le mal imminent soit prévenu, déclaré soit enrayé, Quant à assainir, désinfecter, brûler des hardes souillées, à quoi bon ? Soins et pertes inutiles. Et le confrère parisien, malgré les sages, les confraternels avis de M. Bouveret, qui essaie de lui faire comprendre combien son injustifiable intervention va apporter de trouble au service de l'épidémie et d'incertitude dans les esprits, ce confrère se met à agir en s'isolant, visite les malades, entreprend des cures, corrige les prescriptions antérieures, en fait lui-même que l'on vient présenter à l'ambulance. Bref, ses agissements entravent si bien le fonctionnement de la mission et amènent un désordre moral tel dans la population que désormais rien d'utile, ni surtout de suivi, ne peut plus être fait pour les malheureuv cholériques par nos compatriotes, qui, après en avoir référé à la Faculté, reçoivent d'elle, le 15 courant, *l'ordre* de se retirer. L'Ecole avait, en effet, dès le principe, décidé et fait savoir que la condition expresse imposée aux localités pour obtenir le secours de ses missions, était de leur assurer sans partage la direction du service public, puisqu'elles en devaient aussi supporter la responsabilité entière. M. Bouveret et ses internes vont donc se rendre à Lavilledieu, où l'épidémie sévit encore ; et le docteur C... reste seul à Saint-Remèze avec son spécifique et... le choléra, qui est loin d'avoir disparu sous l'influence du magistère de soufre. Ce médecin assume ainsi le faix d'une responsabilité lourde ; et nous reviendrons avec plus de détails sur cette affaire, déplorable à tous les égards, mais tout particulièrement grave au point de vue de la dignité médicale et de l'honneur professionnel.

« Professeur Renaut. »

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

De l'action antithermique des alcaloïdes du quebracho (aspidospermine, québrachine, hypoquébrachine, aspidospermatine)

Par MM. Charles Eloy et Henri Huchard (1).

Depuis longtemps, les indigènes de l'Amérique méridionale employaient le quebracho en raison de ses propriétés fébrifuges, toniques, antiasthmatiques et astringentes. Le *quebracho blanco* ou *aspidosperma quebracho*, qu'il faut distinguer de trois autres espèces de quebracho (*quebracho colorada, quebracho tipa, quebracho flogo*, appartenant à d'autres familles et doués par conséquent de propriétés différentes), est un arbre de la famille des Apocynées, qui croît en abondance dans la République Argentine.

En 1879, Penzoldt (d'Erlangen) fit les premières expériences avec la décoction d'écorce de quebracho sans remarquer ses propriétés antipyrétiques, mais il constata une action réelle sur le pouls qu'elle ralentit, et la respiration dont elle diminue la fréquence. Ces essais ont été confirmés, la même année, par divers expérimentateurs, entre autres par Berthold (de Dresde) et Picot (de Carlsruhe).

Plus tard, ces expériences ont été reprises par le premier de ces observateurs avec l'un des alcaloïdes du quebracho, l'*aspidospermine*, que Fraude avait découvert, et elles ont démontré l'action eupnéique de cette substance. Les travaux se succédèrent dans divers pays, en Allemagne, en Italie, en Amérique, en Angleterre, en France, travaux représentés par les noms de Laquer, Pribram, Lutz et Guttmann, de Cesari et de Bozzolo, d'Andrew Smith, de Berkart et enfin de Stœbel (thèse inaugurale de Montpellier, 1882). Tous ces travaux n'avaient pour but que de chercher l'action du quebracho sur la respiration; ils laissaient de côté une propriété bien plus importante,

(1) Communication au Congrès de Blois (septembre 1884).

FEUILLETON

CAUSERIES

Une fumisterie de Marseillais à propos du choléra. — Circulaires administratives et autres. — Comme on écrit notre langue dans ces pièces. — Deux Historiettes de Tallemant des Réaux sur les inhumations précipitées.

J'aurais bien voulu faire aujourd'hui ma chronique sans parler du choléra, mais c'est absolument impossible ; il n'y en a plus que pour lui ; il n'y a plus de conversation possible sans le choléra, et « on dirait du veau » avec cette différence toutefois que l'un rend lugubre, tandis que l'autre fait rire.

Le choléra cependant prête bien aussi à rire de temps en temps. Par exemple, pendant que M. Proust rédigeait son mémoire à M. le ministre du commerce sur la situation cholérique en France, M. le maire de la commune de Fouilly-Sainte-Oie adressait aux membres du Conseil d'hygiène de son canton une circulaire ainsi conçue, que j'ai trouvée dans un wagon de chemin de fer (car c'est toujours dans des wagons qu'on trouve ces choses-là, depuis la fameuse circulaire ministérielle que vous savez).

« Monsieur, vous êtes invité à vous rendre à l'assemblée du Conseil d'hygiène qui aura lieu le 10 courant à 2 heures du soir dans la salle de la mairie, pour émettre un avis sur la proposition d'un habitant de Marseille de venir habiter Fouilly sans être obligé à une quarantaine. »

celle qu'il exerce sur la température. D'ailleurs, la plupart de ces essais ne concernaient que l'emploi de l'écorce en teinture ou en extrait ; et tous ou presque tous s'appuyaient sur des expériences incomplètes, puisqu'elles ne faisaient mention que de l'aspidospermine du commerce. Or, il est démontré, depuis les travaux chimiques de Hesse, que celle-ci est un mélange complexe des six alcaloïdes du quebracho : l'*aspidospermine*, l'*aspidospermatine*, l'*aspidosamine*, la *quebrachine*, l'*hypoquebrachine* et la *quebrachamine*.

Dès 1879 et 1880, l'un de nous, chargé d'un service à l'hôpital Laennec, avait employé l'extrait de quebracho à la dose de 4 à 8 grammes par jour dans toutes les maladies caractérisées par la dyspnée, et principalement dans l'emphysème, l'asthme et la phthisie pulmonaire ; les résultats obtenus furent alors si inconstants et si infidèles, que nous eûmes l'idée d'étudier, au double point de vue physiologique et thérapeutique, les divers alcaloïdes du quebracho. Les progrès de la chimie ayant permis leur isolement à l'état de pureté, il devenait intéressant de les essayer comparativement, de fixer leurs différences d'action, de les étudier comme on étudiait naguère, au grand bénéfice des malades et de la science, les alcaloïdes d'autres substances aussi actives qu'usuelles, le quinquina et l'opium.

Nos expériences physiologiques ont été poursuivies depuis plus d'un an, à partir du mois d'avril 1883, grâce à la bienveillance de M. Brown-Séquart, dans le laboratoire de médecine des Hautes Etudes au Collège de France, grâce aussi à l'habileté chimique de M. Tanret, qui put nous préparer à l'état de pureté les divers alcaloïdes du quebracho, à l'exception toutefois de la quebrachamine qui n'a du reste été entrevue qu'une fois par Hesse, et dont l'existence est même incertaine.

Dans cette communication, nous laisserons de côté l'action du quebracho et de ses alcaloïdes sur la motilité, la sensibilité, sur la circulation et la respiration; ces résultats ont été exposés aux Sociétés de thérapeutique et de biologie (avril, juin et juillet 1883) et doivent faire l'objet d'un mémoire spécial. Nous voulons plus particulièrement appeler aujourd'hui l'attention sur des faits moins connus, mais d'une importance considérable, puisqu'ils ne tendraient à rien moins qu'à la découverte de nouveaux antithermiques très puissants, qui ne seraient peut-être pas indignes d'être placés à côté de la quinine.

Nos expériences, au nombre de 36, ont été faites sur le lapin, le cobaye,

---

Notez, sans m'arrêter à ce style administratif peu français, que Fouilly se trouve dans le département du Nord de la France, et je me demande ce que pouvaient bien avoir en tête ce Marseillais craignant de faire quarantaine en y arrivant et M. le maire de Fouilly n'osant prendre à lui seul une détermination sur ce cas délicat. Je m'imagine pourtant que ce Marseillais devait être fortement travaillé déjà par le microbe en virgule, puisqu'il craignait d'infecter sa nouvelle résidence, éloignée de plus de 200 lieues de l'ancienne, et que M. le maire n'a pas pris la peine de réfléchir que pour venir de Marseille à son chef-lieu de canton, lesdits microbes auraient été plusieurs fois réduits à néant, ou auraient provoqué des catastrophes dont la première victime eût été ledit Marseillais ; ce qui lui eût évité la peine de convoquer son comité d'hygiène. Quoi qu'il en soit, il paraît que cette convocation a fait les délices des malins du pays, et pour ma part, je regrette bien de n'avoir pas le procès-verbal de cette séance mémorable, car je suis sûr qu'elle a dû être plus récréative que celles de l'Académie.

* * *

Parlant du rapport de M. Proust, déjà nommé, un journal du matin (je ne sais plus lequel, le *XIXe Siècle*, le *Soleil*, ou peut-être le *Matin* lui-même) a laissé échapper cette phrase : « M. Proust, de retour de Pauillac avec son subordonné M. Brouardel... » Mais, malheureux, que vous a donc fait M. Proust pour que vous fassiez de M. Brouardel son *subordonné ?* Vous ne savez donc pas que M. Proust aspire à être professeur à la Faculté de médecine, et que M. Brouardel, professeur en titre, peut voter pour ou contre M. Proust ?..... Allons, calmez-vous ! M. Brouardel a trop bon caractère pour se fâcher

le chien, au moyen d'injections sous-cutanées. Elles ont toutes établi le pouvoir antithermique des alcaloïdes suivants, que nous citons dans l'ordre même de leur puissance physiologique : le *lactate d'aspidospermatine*, le *chlorhydrate d'aspidospermine*, le *sulfate d'hypoquébrachine* et le *lactate de québrachine*. Nous ne pouvons pas ici entrer dans tous les détails de ces recherches, mais, pour donner une idée de la promptitude et de l'activité de ces alcoloïdes comme moyen d'abaisser la température, il nous suffira de rappeler quelques expériences.

Le 9 avril 1883, à 9 heures 10 minutes du matin, on injecte 4 centigrammes de chlorhydrate d'aspidospermine sous la peau d'un lapin dont la température rectale était de 39 degrés. Quinze minutes après, la température a descendu d'un demi-degré, quarante minutes après, elle a descendu de 2 degrés et demi, et à 18 heures 2 minutes, moins d'une heure après l'expérience, elle était de 36°, c'est-à-dire qu'elle avait subi une diminution de 3 degrés.

Le 19 juin 1883, nous injectons sous la peau d'un cobaye du poids de 380 grammes, dont la température rectale était de 40 degrés, 1 centigramme de lactate de quebrachine. Au bout de dix minutes, la température s'abaissait d'un demi-degré, pour arriver progressivement, après une heure quarante-cinq minutes, au moment de la mort, au chiffre de 32°5.

Le 2 mars 1883, nous injectons sous la peau d'un cobaye du poids de 300 grammes un demi-centigramme de sulfate d'hypoquebrachine. Après une heure vingt minutes, la température est tombée de 39,5 à 33,5.

Le 17 juin 1883, la température d'un cobaye du poids de 350 grammes étant de 40°, nous lui injectons sous la peau 8 milligrammes de lactate d'aspidospermatine. Au bout de 5 minutes, le chiffre thermique descend à 39°5, puis cinq minutes après, à 39°. Une nouvelle injection d'un centigramme pratiquée alors fait descendre en 10 minutes la température à 36°. Donc, en 20 minutes, sous l'influence de 2 centigramme à peine de lactate d'aspidospermatine, le chiffre thermique a baissé de 4 degrés.

Ainsi donc, il résulte de toutes nos expériences, que les alcaloïdes du quebracho, ont à des degrés divers, un pouvoir antithermique puissant, et de plus, que l'aspidospermine du commerce, mélange de ces alcaloïdes, est douée de qualités toxiques très grandes.

Un autre fait important, c'est l'*action remarquable exercée sur le sang*

---

pour si peu. Et puis, il aime la justice avant tout, et M. Proust sera professeur... quand la chaire désirée sera vacante, ce qui ne sera pas de sitôt. Demandez à M. Bouchardat.

*
* *

Pendant que je suis à la Faculté, je dois prévenir un de nos savants maîtres qu'on abuse de son nom en faveur de la réclame malhonnête. Voici une circulaire qui a été lancée à des milliers d'exemplaires dans tous les villages de France (je l'ai aussi trouvée dans un wagon, comme la précédente) ; je n'en nommerai pas l'auteur, presque homonyme d'un des professeurs de la Faculté, parce que l'un ne mérite pas cet excès d'honneur, ni l'autre cet excès d'indignité. Je me contenterai de donner le texte de la circulaire, qui est un type de naïveté ou de, comment dit-on, de roublardise, adressée à des confrères qu'on croit vraiment par trop bêtes pour ne pas deviner le bout de l'oreille.

Monsieur et très honoré confrère,

On se trouve fréquemment embarrassé vis-à-vis des malheureux phthisiques qui réclament toujours des médicaments nouveaux. Bien plus, en désespoir de cause, ils vont souvent consulter un peu partout aux environs; et le médecin ordinaire traitant risque de voir ainsi son malade s'éloigner de lui.

Je me suis beaucoup occupé de la tuberculose, et, grâce à une persévérance opiniâtre, j'ai obtenu quelques succès dans cette thérapeutique ingrate. Je vous serai donc reconnaissant chaque fois que vous voudrez bien, soit m'appeler en consultation avec vous auprès d'un de vos malades, soit m'adresser quelques phthisiques à mon cabinet.

par tous ces alcaloïdes et surtout par l'aspidospermine. Le sang veineux avait le plus souvent une coloration rouge vermeil qu'on observait soit directement sur des plaies faites pendant la vie, soit en pratiquant l'ouverture du corps, au moment de la mort. Cette coloration était comparable à celle du sang des animaux empoisonnés par l'acide prussique ou l'oxyde de carbone. C'est là une manifestation de l'arrêt des échanges (1). Dans ces conditions, la mort ne survient pas par asphyxie, dans le sens que l'on attache habituellement à ce mot ; la coloration du sang en est une preuve. D'autre part, en rapport avec l'abaissement thermique, ce changement de coloration montre bien que les activités nutritives sont diminuées. Cette action sur le sang a été aussi observée, quoiqu'à un moindre degré, avec les trois autres alcaloïdes, et la coloration noirâtre du sang veineux était en rapport avec la quantité excessive de substance employée et la rapidité des phénomènes asphyxiques accompagnés de convulsions terminales. Cette rapidité de l'asphyxie était due pour ces trois alcaloïdes à leur action sur les centres respiratoires, action que nos expériences nous ont toujours fait constater comme inférieure à celle de l'aspidospermine.

Toutes ces expériences physiologiques auraient peu d'intérêt si elles ne devaient pas avoir la thérapeutique pour sanction et pour but. Cette seconde partie de nos recherches reste encore inachevée. Nous avons fait cependant des essais thérapeutiques ; mais ils sont encore trop peu nombreux pour conduire à des conclusions définitives. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que les injections sous-cutanées de 0,10 à 0,20 centigr. de chlorhydrate d'aspidospermine chez des malades atteints de fièvre typhoïde, ont paru abaisser la température, alors que le sulfate de quinine n'avait produit aucun effet.

Un malade au dixième jour d'une dothiénentérie bien caractérisée (salle Récamier, de l'hôpital Bichat) présentait, comme température, 39°2 le matin et 40°4 le soir. Après des injections répétées d'aspidospermine, le chiffre thermique a baissé dès le premier jour, pour arriver, six

(1) A cet état du sang correspondent des modifications spectroscopiques de l'hémoglobine que nous avons constatées au moment de nos expériences et que nous aurons lieu de faire connaître ultérieurement. Elles ont été faites par un procédé nouveau et grâce à l'obligeance de celui qui en est le très habile inventeur.

Dans les deux cas, ma demande d'honoraires sera très modérée ; j'aurai les plus grands égards pour les conseils que vous aurez donnés auparavant ; et vous conserverez ainsi bien plus sûrement votre malade que si l'on appelait en consultation quelque confrère du voisinage.

Agréez, etc.

Ce n'est pas plus malin que ça. Mais maintenant que vous êtes prévenus, n'allez pas prendre l'auteur de ce factum pour un professeur de la Faculté.

*
* *

Un autre industriel, dont j'ai trouvé encore le boniment en chemin de fer, bien entendu, vous propose de vous faire obtenir autant de décorations étrangères que vous voudrez ; mais je ne vous donnerai pas son adresse, parce que vous n'auriez qu'à succomber à la tentation.

*
* *

Une autre brochure de réclame m'a bien amusé à cause du singulier français dont on s'est servi pour la rédiger. Voici la première phrase de l'avant-propos :

« Situé au seuil du grand soulèvement des Alpes (je mets *les Alpes* pour que vous ne deviniez pas d'où cela vient), dont les cimes neigeuses s'aperçoivent de plusieurs points de l'horizon, la *région hydrologique quincampoise* (je mets *quincampoise* pour la même raison que ci-dessus) se distinguent de toutes celles tributaires de cette puissante formation géologique. »

jours après, à 37°4 le matin et 38 le soir. — Un autre malade, au onzième jour, avait 39°4 et 40°2. Après une première injection de 0,20 centigr., la température est tombée, dès le lendemain, à 38°4 et 39°2; puis, trois jours après, elle est devenue normale. Un jour, la dose ayant été portée à 0,30 centigr., le malade fut pris de secousses musculaires analogues à celles que nous avions constatées chez les animaux, ce qui prouve une fois de plus les propriétés toxiques de cet agent qu'il faut employer *prudemment* chez l'homme à des doses progressives de 0,05, 0,10, 0,15 et 0,20 centigr., *au plus*. Nous pourrions citer d'autres faits concernant la fièvre typhoïde, mais nous tenons à répéter qu'ils ne sont encore ni assez nombreux ni assez concluants pour que l'on puisse scientifiquement s'en prévaloir. Nous n'avons pas eu encore de fièvres intermittentes contre lesquelles nous aurions voulu expérimenter le nouveau médicament; mais, dans la fièvre des phthisiques, nous avons eu des résultats aussi infidèles qu'avec le sulfate de quinine.

Quoi qu'il en soit, sur 36 *expériences*, le pouvoir antithermique des principaux alcaloïdes du quebracho nous a été démontré physiologiquement 36 *fois* de la façon la plus formelle ; aussi, tout en continuant encore nos recherches thérapeutiques, nous sommes en droit d'en espérer dès maintenant des résultats pratiques pour la clinique et des bénéfices pour les malades.

BIBLIOTHÈQUE

Du régime sec dans les maladies de l'estomac et principalement dans la dyspepsie des liquides, par M. Henri Huchard, médecin de l'hôpital Bichat. — Paris, 1884 ; Doin.

Les avantages de la médication lactée, les succès thérapeutiques de son emploi et l'autorité scientifique de ses premiers patrons, étaient à coup sûr des motifs suffisants pour qu'elle fût adoptée par la majorité des praticiens. On l'a employée et on en fait quotidiennement usage dans le traitement de la gastrite, de l'ulcère, du cancer et de l'ectasie gastrique; on en fait aussi abus, et dans cette brochure, M. Henri Huchard expose ses inconvénients, en avouant avec sincérité des insuccès et des fautes thérapeutiques; fran-

La première faute a été laissée sur le premier mot, car *situé*, si je ne me trompe, se rapporte à la *région hydrologique*, qui est du féminin en français. Et puis que viennent faire là ces « cimes neigeuses qui s'aperçoivent de plusieurs points de l'horizon » ? Si encore il y avait « sur plusieurs points de l'horizon » on pourrait comprendre que pendant son séjour dans cette région, on jouira de la vue merveilleuse des cimes du grand soulèvement, recouvertes de neige. Et ce « de toutes celles tributaires » comme c'est beau ! Je n'ai pas pu lire le reste, satisfait de ce petit morceau ; c'est pourquoi je suis incapable de vous dire ce qu'il y avait dans cette brochure.

*
* *

Faute de grives, dit-on, on mange des merles. Aujourd'hui, au lieu de mes merles, qui ne sifflent pas, mais que vous avez eu peut-être bien des fois l'intention de siffler, je vous donnerai pour finir ma causerie, deux grives, tirées des *Historiettes*, de Tallemant des Réaux.

M. d'Aumont, fils du maréchal d'Aumont, était, paraît-il, fort plaisant. Il fit un jour quelques réflexions assez congrues sur les imperfections de notre pauvre machine humaine.

Il était alors à l'hôtel de Rambouillet ; Madame de Bonneuil y vint. Elle était grosse, et en entrant elle se laissa tomber, se fit grand mal à un genou et pensa accoucher de sa chute. (Cette rédaction prouve évidemment que Tallemant connaissait l'influence du traumatisme sur la grossesse.) Le voilà qui se met à rêver (M. d'Aumont) :

« Nous sommes bien mal bâtis, dit-il, nous avons des os en tous les endroits sur

chise d'autant plus à son honneur qu'elle ne se rencontre pas chez tous les observateurs.

Il existe, en effet, comme l'a montré Chomel, une dyspepsie des liquides, rebelle aux eupeptiques, rebelle au régime lacté, rebelle même à l'absorption des plus petites quantités d'aliments liquides. Chez les malades qui en sont atteints, l'ingestion de tout liquide provoque des accidents graves ou tout au moins les accroît. Beau l'avait remarqué. Chomel, qui avait constaté le *bruit de clapotement stomacal* et entrevu le rôle qu'on essaie d'imposer à l'heure actuelle à la dilatation stomacale, traitait ces malades par la diète sèche.

Inspiré par de tels exemples et avec l'appui de ses observations personnelles, M. Henri Huchard n'hésite pas à prescrire un régime sec, c'est-à-dire « l'abstention aussi complète que « possible de toute espèce de boissons et de tous les aliments ou médicaments liquides ». Il consiste en potages variés mais épais, en viandes rôties ou bouillies, en poissons, œufs ou légumes et en fruits non aqueux. Le malade ne doit ingérer qu'un verre de boissons aux repas ; il est donc bien mis « au sec ».

Telle est la *xérophagie* de Fonssagrives dont l'efficacité paraît acquise dans quelques cas de dilatation de l'estomac, dans les dyspepsies atoniques et dans celles des liquides.

M. Henri Huchard en fait encore usage dans les affections avec *excès de tension artérielle*, chez les athéromateux, les brightiques, les aortiques, les angineux, ou bien chez les malades avec tendances aux congestions diverses, aux hémorrhoïdes et aux épistaxis. Enfin dans un cas de tumeur latente de l'estomac, cet observateur a pu, par ce régime, amener le retrait de la poche stomacale et reconnaître une tumeur dissimulée dans la paroi viscérale.

En attendant le contrôle de l'observation que M. Henri Huchard réclame de tous les praticiens, il serait nécessaire de préciser exactement les indications de ce régime.

Cet appel mérite d'être entendu dans l'intérêt des malades trop souvent victimes d'un excès systématique de la diète lactée, et aussi par les médecins, puisque l'auteur est de ceux qui tiennent compte des opinions et des travaux de leurs confrères. Cette réhabilitation de la diète sèche arrive à l'heure, au moment où les débats sur la dilatation stomacale sont ouverts. — C. L. D.

GUIDE DE THÉRAPEUTIQUE AUX EAUX MINÉRALES ET AUX BAINS DE MER, par M. Ch. CAMPARDON. Paris, 1884. O. Doin.

Ce petit livre est un écho du *Dictionnaire de thérapeutique*. M. Dujardin-Beaumetz l'apprend au lecteur dans une préface où il donne l'appui de sa plume toujours élégante et toujours sympathique à l'œuvre de notre estimé confrère.

Cette œuvre, d'ailleurs, est de celles qui enlèvent de vif assaut l'approbation des lec-

---

lesquels nous tombons d'ordinaire ; il vaudrait bien mieux que nous eussions des ballons de chair aux genoux, aux coudes, en haut des joues et aux quatre côtés de la tête. Quel plaisir ne serait-ce point ? ajouta-t-il. Un homme sauterait par une fenêtre sans se blesser ; il passerait par-dessus les murs d'une ville. Et puis, s'engageant plus avant dans sa rêverie, il mena cet homme avec ces ballons de ville en ville, jusqu'à La Haye, en Hollande. » (T. II, p. 67.)

En mangeant des andouilles mal lavées, il dit : « Ces andouilles sont bonnes, mais elles sentent un peu le terroir. »

*
* *

Dédié à une dame, qui a écrit au président de la section de médecine du Congrès de Blois une lettre pathétique pour le prier de mettre à l'ordre du jour la question des signes de la mort, afin d'arriver à éviter d'enterrer les gens vivants.

Il paraît qu'au commencement du XVII[e] siècle on n'était pas très ferré non plus sur les signes certains de la mort et qu'on faisait les inhumations un peu à la légère. En voici deux exemples.

« Le baron de Panat était un gentilhomme huguenot d'auprès de Montpellier, de qui on disait : » Lou baron de Panat, *puteau mort que nat*, c'est-à-dire, plutôt mort que né : car on dit que sa mère, grosse depuis près de neuf mois, mangeant du hachis, avala un petit os qui, lui ayant touché le conduit de la respiration, la fit passer pour morte ; qu'elle fut enterrée avec des bagues aux doigts ; qu'une servante et un valet la déterrèrent de nuit pour avoir ses bagues, et que la servante, se ressouvenant d'en avoir été maltraitée, lui donna quelques coups de poing, par hasard, sur la nuque du

teurs. Pour les faire entrer dans la place, c'est-à-dire en confiance, nul besoin n'est d'ouvrir la tranchée ni de faire le siège de leur conviction. Le succès en est certain, parce que, conçu et écrit par un praticien et pour les praticiens, cet ouvrage est de haute utilité. C'est un livre qu'il est bon d'avoir sous la main et sur son bureau.

En effet, la meilleure mémoire est en défaut au milieu des multiples ressources thermo-minérales qui sont une des richesses de la France. Cette richesse, motif d'un patriotique orgueil, est aussi une cause d'embarras. Telle est la justification de cet ouvrage, son utilité, le but auquel il tend, et enfin sa raison d'être.

Livre de clinique et de thérapeutique, il donne les indications et les moyens de la médication thermale, énumérant les eaux minérales suivant leur composition chimique, leurs vertus et leurs propriétés diverses. Voici la classification adoptée par M. Campardon : eaux gazeuses acidules, sulfurées, chlorurées, bicarbonatées, sulfatées, ferrugineuses, oligo-métalliques; tel est aussi l'ordre dans lequel il en donne le signalement physiologique et médicamenteux.

Mais bien connaître leurs qualités physico-chimiques et physiologiques ne suffit pas; le médecin hésite dans le choix d'une station. La thermalité peut ne pas convenir et la minéralisation être satisfaisante, ou bien la climatologie de la station motive des indications hygiéniques spéciales; en un mot, il faut faire choix d'une station et fixer l'hygiène du malade avant, pendant et après la cure. M. Campardon s'est efforcé de le faire dans un guide des eaux minérales qui mérite à bon droit le qualificatif de très pratique.

La station a été choisie par le médecin; il reste à déterminer le mode d'emploi de l'agent thermal : boissons, bains, douches, irrigations, inhalations, lotions, aspirations, lavage stomacal, etc., etc. Ces procédés font l'objet de paragraphes par lesquels M. Campardon donne satisfaction aux lecteurs les plus exigeants.

Ce n'est pas tout; l'auteur a complété ce livre par une étude succincte, mais complète, de la médication marine et des stations d'hiver. Il nous conduit sur les plages de l'Océan et de la Méditerranée, où en quelques lignes il fait connaître impartialement les avantages et les inconvénients de chacune d'elles, ses indications et la valeur des moyens dont on y dispose : air marin, eau, sable, ressources hydrothérapiques et autres.

En résumé, le livre de M. Campardon est d'usage quotidien; aussi profitable, par conséquent, aux débutants qu'aux vétérans de la pratique médicale. Il possède donc des gages de succès, et obtiendra certainement la reconnaissance et l'estime du lecteur. C'est aussi dire que l'ouvrage de notre très honoré confrère est à la fois de réelle science et de sincère impartialité. — Ch. E.

---

cou, et que les coups ayant débouché son gosier, elle commença à respirer, et que quelque temps après elle accoucha de lui, qui, pour avoir été miraculeusement sauvé, n'en fut pas plus homme de bien, au contraire.

A propos de femmes qui sont revenues, on conte qu'une femme étant tombée en léthargie, on la crut morte, et, comme on la portait en terre, au tournant d'une rue, les prêtres donnèrent de la bière contre une borne, et la femme se réveilla de ce coup. Quelques années après, elle mourut tout de bon, et le mari, qui en était bien aise, dit aux prêtres : « Je vous prie, prenez bien garde au tournant de la rue. » (T. II, p. 73.)

Trouvez-moi, dans nos auteurs modernes, des observations aussi *galamment* racontées !

SIMPLISSIME.

DU SALICYLATE DE SOUDE CONTRE L'IRITIS. — Chisholm.

L'auteur a administré le salicylate de soude avec succès, dans les cas d'épisclérite aiguë et d'iritis, même dans les cas spécifiques où l'usage prolongé du mercure et de l'iodure de potassium n'avait pas produit de résultats satisfaisants. Il employait en même temps les mydriatiques. — Le salicylate de soude était donné toutes les trois heures, et le malade arrivait à en prendre de 9 à 12 grammes dans les vingt-quatre heures. — Du reste, il y a lieu de restreindre les doses, aussitôt que l'iritis marche vers la guérison, et même on renonce à l'emploi de ce remède, dès le deuxième ou le troisième jour, si on n'en retire point un bénéfice manifeste. — N. G.

REVUE DES JOURNAUX

De la manaca dans le traitement du rhumatisme, par Cauldwell. — Ces recherches ont été faites sur des rhumatisants d'âges divers, de toutes conditions, et dans des formes variées de la maladie. Dans les cas où celle-ci était très aiguë et accompagnée d'un violent état fébrile, l'action sédative fut nulle.

Contre le rhumatisme chronique, les résultats furent douteux. Enfin, dans le rhumatisme subaigu, où l'élévation thermique était peu considérable, ils ont été plus heureux, et douze malades sur quatorze furent notablement améliorés. (*New-York Medical Record*, 12 juillet 1884.) — C. L. D.

De l'innocuité des aliments riches en albumine dans l'alimentation des albuminuriques, par Œrtell. — Dans un travail sur le traitement des troubles circulatoires, l'auteur a voulu vérifier l'affirmation de ceux qui, avec Senator, proscrivent les œufs et la viande du régime diététique des albuminuriques. Il a donc alimenté, avec des œufs demi-cuits ou bien crus, des malades atteints de désordres circulatoires sans constater le passage de l'albumine dans les urines. Chez un brightique, l'albuminurie diminua même par ce régime. De là, pour M. Œrtell, la nécessité de ne pas accepter sans revision les prescriptions diététiques de Senator. (*Biologisches Centralb.*, 15 juillet 1884, n° 10.) — C. L. D.

Les emplois thérapeutiques du damiana, par Francis Evans. — Ce végétal, originaire des montagnes Rocheuses, est populaire parmi les aborigènes américains comme stimulant des organes sexuels. Dans ce but, les Mormons en font usage.

Au Mexique, on l'emploie dans les affections des voies urinaires, et l'auteur en a obtenu de bons résultats au début du catarrhe vésical et contre l'impuissance sexuelle par épuisement ou débilité. Cette substance facilite aussi la menstruation et paraît agir comme tonique du cœur. Enfin, elle modifierait l'urination à la manière du cactus. (*Keystone Medical Journal*, juin 1884, et *The Therapeutic Gazette*, p. 382, août 1884.)
C. L. D.

De l'hamamelis virginica contre la ménorrhagie, par Henry Chute. — Cet observateur a fait connaître, dans *The South African medical Journal*, la popularité de ce médicament parmi les femmes de la colonie du Cap. On l'administre à la dose, répétée trois fois chaque jour, d'une demi-cuillerée à café d'extrait fluide, dès que le flux menstruel devient excessif en abondance ou en durée.

Il n'y a aucun avantage à en continuer l'usage après la cessation de la ménorrhagie, ni pendant l'intervalle des époques menstruelles. Enfin, l'auteur déclare en avoir observé de bons résultats pour diminuer les douleurs de la dysménorrhée. (*The Therapeutic Gazette*, p. 370. Août 1884.) — C. L. D.

De l'action thérapeutique du cannabis indica, par J. Oliver. — C'est à tort qu'on le recommanderait contre la dysménorrhée; par contre, il est utile pour combattre la migraine et l'hémicrânie, surtout dans les cas d'ischémie vasculaire et en vertu de ses propriétés vaso-dilatatrices. Il agit, par conséquent, comme le nitrite d'amyle, mais avec moins de rapidité.

On doit donc en faire usage à doses quotidiennes dans l'intervalle des accès. Ceux-ci seront combattus par les inhalations de nitrite d'amyle. (*British medical Journal*, 12 mai 1884.) — C. L. D.

Les nouveaux traitements de la blennorrhagie, par Keyes. — Dans cette revue, l'auteur discute la valeur des médications récemment recommandées contre cette maladie, et en particulier du sublimé corrosif et de l'eau chaude. De ces tentatives thérapeutiques, il conclut : 1° qu'une solution moyenne de sublimé irrite la muqueuse uréthrale beaucoup plus vivement qu'elle n'irriterait la surface d'une blessure; 2° que le traitement abortif de la gonorrhée attend encore son inventeur; 3° que l'emploi des injections d'eau chaude n'est pas un moyen plus recommandable que les autres procédés. (*Journal of Cutaneous and Venereal diseases*. Mars 1884.) — C. L. D.

L'antipyrine, par Guttman. — Cette substance antipyrétique a été obtenue par M. Knor par voie de synthèse. Elle dérive de la quinoline, et a été employée par M. Filehne à la dose de 2 grammes toutes les deux heures, pendant six heures, pour combattre la fièvre typhoïde. Cette action persiste durant neuf heures, parfois plus longtemps; de sorte que, dans son facile enthousiasme, M. Filhene la déclare supérieure au sulfate de quinine.

Guttman l'a employée 120 fois contre la fièvre typhoïde, la fièvre intermittente et la pneumonie. Pendant l'heure qui suit l'administration de la première dose, la température s'abaisse de 1 degré, et cette chute atteint son maximum pendant la troisième heure. Alors le malade transpire, mais jamais n'éprouve de vomissements.

Cette substance est soluble dans l'eau, et peut facilement être administrée par la voie buccale ou la méthode sous-cutanée. Ces observations ont été appuyées par le témoignage de Tillmans, qui l'a vu réussir contre l'état fébrile des affections chroniques, des suppurations anciennes et de la tuberculose; il la prescrivit sans inconvénients, et durant des mois. (*Société de médecine de Berlin*, 1884.) — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 22 septembre 1884. — Présidence de M. ROLLAND.

L'Académie avait désigné une commission pour assister à l'inauguration du monument qui vient d'être élevé à Broglie en l'honneur de Jean-Augustin Fresnel, né le 10 mai 1788, mort le 14 juillet 1827 à l'âge de 39 ans, et que l'on a appelé le Newton français.

M. JAMIN a prononcé, à cette occasion, un long et remarquable discours dont nous extrayons les passages suivants, relatifs à la théorie de la lumière :

« En 1818, les physiciens hésitaient entre deux conceptions dont on trouve les premiers rudiments chez les anciens philosophes. Dans la première, on supposait que les corps lumineux lancent de tous côtés des molécules spéciales; elles vont en ligne droite avec une vitesse de 300,000 kilom. par seconde, rebondissent sur les corps ou les traversent, finissent par pénétrer les humeurs de l'œil et arrivent à la rétine qu'elles ébranlent, ce qui occasionne la sensation de la vue; ces molécules ont des masses inégales, et, suivant leurs grosseurs, elles produisent les diverses couleurs. C'est à cette théorie de l'émission que s'était finalement arrêté Newton; elle avait été développée et admise par Laplace, Biot, Poisson et presque tous les physiciens de cette époque.

« L'autre théorie, aussi ancienne, aussi peu précise, admettait l'existence dans le monde d'un milieu élastique immobile, l'éther; un corps lumineux avait la propriété de l'ébranler, et le mouvement se propageait à distance. Quant aux détails, on ne s'entendait guère. Descartes pensait que c'était une pression qui se transmettait avec une vitesse infinie. Huygens parle de cette hypothèse comme d'une opinion courante, admet que le mouvement se propage par ondes, et il explique la propagation rectiligne. Hooke conçoit un mouvement vibratile, très petit, d'une excessive rapidité. Euler, enfin, suppose de véritables vibrations périodiques comme celles du son, de rapidité inégale, leur durée déterminant la couleur, comme dans le son elles déterminent la tonalité ou la hauteur. On voit combien ces hypothèses étaient vagues et qu'elles devaient plus à l'imagination qu'à une vérification expérimentale.

« Mais, vers l'époque qui nous occupe, un homme de génie, Thomas Young, vint préciser cette théorie par la découverte d'un principe extrêmement fécond. Il démontra par l'expérience que deux lumières, en se superposant, peuvent produire de l'obscurité; ce qui est évident si elles sont dues à des vibrations contraires, ce qui est impossible si elles proviennent de molécules arrivant à la fois dans l'œil. Young en avait tiré l'explication d'une foule de phénomènes, mais, bien qu'elle fût un argument sans réplique en faveur de la théorie ondulatoire, Arago était en France le seul physicien qui se déclarât convaincu. Tel était l'état des esprits quand Fresnel entra dans la carrière.

« Il s'attaqua à une expérience célèbre. Grimaldi, jésuite italien, avait vu que la lumière émanée d'une fente étroite ne se propage pas en ligne droite quand elle passe au voisinage des corps solides; elle pénètre dans l'ombre d'un cheveu, et, si on la fait passer par une étroite ouverture et qu'on la reçoive sur un écran, on voit, au lieu d'une image uniformément éclairée, des bandes noires et brillantes irisées sur leurs bords. Après Grimaldi, Newton avait analysé le phénomène et tenté de l'expliquer, en disant que les molécules lumineuses sont attirées par les corps au voisinage desquels elles passent. Cette explication était loin de suffire. De guerre lasse, on avait abandonné cette étude.

« Fresnel étudia l'ombre d'un cheveu : elle montrait en son milieu des bandes alter-

nativement brillantes et sombres; alors il approcha d'un côté un écran opaque et vit disparaître ces alternatives; il en conclut qu'elles étaient produites par le concours des lumières venant de chaque côté, que c'était un effet d'interférence. Il réussit à expliquer et à calculer le phénomène dans tous les cas possibles.

« L'émotion fut grande parmi les membres de l'Académie : Laplace, Biot et Poisson, partisans déclarés de la doctrine newtonienne, voyaient avec déplaisir le succès de la théorie contraire, et reprochaient d'ailleurs avec raison quelques imperfections aux calculs de Fresnel; ils déterminèrent l'Académie des sciences à mettre cette question au concours avec un programme qui n'était pas sans laisser percer quelque mauvais vouloir. Fresnel désirait ne pas concourir; mais, cédant aux conseils d'Ampère et d'Arago, il revit sa théorie, présenta un Mémoire complet. Au milieu des discussions que la question faisait naître, un incident se produisit qui devait faire et fit une grande impression. En discutant les formules de Fresnel, Poisson en tira une conséquence que Fresnel n'avait point aperçue : c'est que, en éclairant un petit bouton métallique arrondi avec la lumière partant d'un trou, on devait trouver de la lumière au centre de l'ombre, et qu'elle devait être égale à celle qui s'y verrait si le bouton n'existait pas; il trouva, d'autre part, que si le bouton était remplacé par un trou percé dans une feuille métallique, on devait voir au centre du cône lumineux une tache absolument obscure. Ces deux conséquences semblaient paradoxales, et, cette fois, on croyait bien qu'elles seraient démenties par les faits. Il n'en fut rien : invité à faire l'expérience, Fresnel reconnut qu'elle était conforme à la théorie.

« Cette confirmation rallia tous les suffrages, et le prix fut décerné à Fresnel. La postérité a ratifié cette décision de l'Académie, qui l'admit parmi ses membres en 1823. Bientôt après, en 1825, la Société royale de Londres imita l'Académie et donna à Fresnel une place auprès de l'illustre Young, voulant les honorer également tous les deux. La théorie des ondulations était alors irrévocablement fondée, non pas sur des considérations vagues, mais sur des mesures précises et concordantes; on avait supprimé toutes les obscurités, répondu à toutes les objections, le nom de Fresnel, devenu l'égal des plus grands noms, ne le cédait, dit Swerd, qu'au nom seul de Newton. Telle est la première partie de l'œuvre de Fresnel; il allait la continuer par une découverte bien plus grave.

« Fresnel venait ainsi de terminer heureusement cette longue querelle entre les deux théories et de démontrer l'analogie qui existe entre le son et la lumière. Des deux côtés c'est le même mécanisme : ce sont des ondes qui se poursuivent dans un milieu immobile et des vibrations qui se transmettent de proche en proche dans un rayon de lumière comme dans une corde tendue. Mais ici se présente une des plus graves questions qui aient été jamais offertes à la méditation des hommes. Une corde peut vibrer de deux manières : comme dans une série de billes qui se poussent ou s'attirent, ou comme l'air dans un tuyau; mais elle peut aussi le faire dans le sens perpendiculaire; cela arrive dans le violon, si elle est frottée par un archet, ou sur le piano, si elle est frappée par le marteau, et, suivant que l'archet est vertical, horizontal ou incliné, les mouvements qu'il imprime à la corde ont toutes les directions qu'on veut. L'acoustique nous offre donc l'exemple de deux sortes de vibrations, soit longitudinales, soit transversales; en est-il de même en optique? Le rayon de lumière qui pénètre horizontalement dans notre œil est-il une succession de vibrations exécutées dans sa direction ou bien une suite de mouvements transverses verticaux, horizontaux ou inclinés? Telle est la grave question, à laquelle on n'avait jamais songé, que Fresnel posa le premier et qu'il eut la gloire de résoudre avec une sûreté magistrale. Il convient de rappeler les circonstances principales de cette importante découverte.

« Un voyageur revenu d'Islande avait trouvé dans les formations volcaniques, si fréquentes en ces pays, une magnifique substance cristallisée qui fut bientôt connue sous le nom de *spath d'Islande*. Quelques fragments tombèrent entre les mains d'un médecin de Copenhague, qui les examina et leur reconnut la singulière propriété de doubler l'image des objets; un rayon solaire, en y pénétrant, se divisait en deux autres parfaitement égaux, l'un, ordinaire, qui se réfractait comme dans le verre, l'autre, qu'on nomma *extraordinaire*, parce qu'il parcourait intérieurement un chemin plus compliqué. Bartholin, c'était le nom du médecin, s'en tint là et conquit à peu de frais, par cette expérience de hasard, une célébrité qui nous a conservé son nom; mais Huygens recommença l'observation et la conduisit plus loin. Il fit passer chacun des deux rayons à travers un second cristal pareil au premier : cette fois, ils se divisaient encore en deux parties, mais elles n'étaient plus égales; elles variaient d'éclat quand on faisait tourner le second cristal, l'une diminuant jusqu'à s'annuler pendant que l'autre augmentait jusqu'à contenir toute la lumière. Le spath d'Islande n'a donc pas seulement la vertu

de doubler les images, il a encore celle de modifier la lumière; elle était naturelle avant de pénétrer dans le premier cristal, elle a pris des qualités nouvelles en le traversant; on lui donne un nom, on dit qu'elle est *polarisée*, ce qui n'engage à rien.

« Longtemps après l'expérience d'Huygens, Malus observait d'une fenêtre de la rue d'Enfer les rayons du soleil couchant réfléchis par les vitres du palais du Luxembourg; ils offraient les mêmes qualités qu'en sortant d'un cristal de spath, ils étaient polarisés. Le hasard apprenait ainsi à Malus ce que l'humanité avait ignoré pendant si longtemps, ce que l'œil n'avait révélé à aucun savant, que la lumière réfléchie sur l'eau, le verre et toutes les surfaces polies, éprouve dans sa nature une modification radicale, tant sont profondément cachés à nos yeux les plus simples secrets du monde physique. Quant à Newton et aux newtoniens, ils croyaient s'en tirer en supposant quelque modification dans les constitutions des molécules lumineuses. On imagina qu'elles avaient un axe, deux pôles analogues à ceux des aimants; on les doua de propriétés ingénieusement choisies pour qu'elles pussent expliquer les phénomènes. En dernier lieu, Biot vint encore compliquer cet échafaudage de suppositions, et l'on crut pendant quelque temps au triomphe de la théorie newtonienne. On parvient toujours à tout expliquer, quand on ne recule pas devant les fantaisies de l'imagination. En résumé, les savants avouaient leur ignorance et les deux théories se refusaient à rendre compte de ce phénomène étrange. Il était réservé à Fresnel de le faire.

« C'est une circonstance imprévue qui le mit sur la voie. Il venait de faire, avec Arago, une étude en commun où ils avaient cherché si deux rayons polarisés peuvent interférer, c'est-à-dire se détruire par leur concours mutuel; ils avaient répondu affirmativement pour le cas où les deux polarisations sont parallèles, mais négativement si elles sont perpendiculaires, lors même qu'on a réalisé toutes les conditions nécessaires pour que l'interférence ait lieu. Les auteurs n'avaient pas d'ailleurs donné la raison de cette impossibilité. En y réfléchissant, Fresnel comprit qu'elle ne peut être expliquée que si les vibrations des deux rayons sont perpendiculaires entre elles. C'était une conception hardie, qu'il confia à quelques amis. L'accueil qu'il en reçut n'était pas de nature à l'encourager.

« Tout le monde, à cette époque, considérait l'éther comme un gaz pouvant, comme les autres, transporter les vibrations longitudinales; aucun savant ne pouvait imaginer qu'il fût une sorte de solide à vibrations transversales. Ampère suggéra d'autres idées. Quant à Arago, l'ami constant, le conseiller dévoué de Fresnel, qui avait embrassé avec enthousiasme et soutenu de son autorité toutes les idées de Fresnel, Arago fit à l'hypothèse des vibrations transversales de l'éther une opposition qu'il n'abandonna jamais complètement. Arrêté, mais non persuadé par cette unanime réprobation, Fresnel hésita et attendit les conseils du temps. Il attendit jusqu'en 1822; mais, à cette époque, sa conviction étant complète, il se décida, publia sa théorie, et, dans les années suivantes, il en montra l'accord avec les expériences connues. »

VARIÉTÉS

LE SERVICE MÉDICAL MUNICIPAL DE SAINT-ÉTIENNE.

Suum cuique. Si la municipalité stéphanoise a pris en novembre dernier l'excellente décision de créer un service médical municipal d'hygiène, il faut en rendre hommage au corps médical de la ville et à sa vaillante Société de médecine, où depuis si longtemps on étudie, on discute et on résout pratiquement les questions d'hygiène. C'est donc à leurs médecins tout autant qu'à leur édiles que les habitants de Saint-Etienne doivent reconnaissance pour cette institution aujourd'hui prospère après peu de mois d'existence.

Le service d'hygiène comprend un bureau de statistique, un service de jour pour les indigents, l'inspection des écoles, des crèches et des décès; un autre service confié aussi à quatre titulaires, pour les vaccinations, le dispensaire, l'octroi, la police, les cantonniers et les pompiers; un service médical de nuit, enfin un service d'accouchement chez les indigents, service dont deux sages-femmes sont chargées dans chaque canton.

Pendant le premier trimestre de l'année, les médecins ont dû traiter 1,227 indigents. Chaque consultation est détachée, par le médecin, d'un registre à souche, dont le talon porte indication de l'âge du malade, de son adresse, de sa profession et de sa maladie. Ces registres sont transmis plus tard au bureau de la statistique et y deviennent la source d'utiles renseignements sur la morbidité stéphanoise. Voilà une innovation

qu'il serait facile d'établir à Paris dans le service médical des bureaux de bienfaisance, et qui certainement y donnerait les meilleurs résultats.

Le bureau d'hygiène et de statistique concentre en réalité tous les services : renseignements des médecins de la ville, des inspecteurs des écoles, des médecins de l'état civil ou des indigents, des directeurs de l'abbatoir et du laboratoire municipal, et enfin des inspecteurs des denrées alimentaires. Un comité consultatif appuie de ses conseils le chef de ce service, stimule son zèle, et, par conséquent, donne autorité à ses décisions qui ne sont après tout que l'exécution des avis donnés par des personnes compétentes. En ce moment, cette organisation se complète par la distribution aux médecins de la ville des carnets de morbidité, et, aux habitants, d'instructions sanitaires et de brochures sur l'utilité des vaccinations et des revaccinations.

Enfin, un Institut vaccinal municipal a été ouvert et met du vaccin à la disposition des praticiens de la ville et du département. Aussi M. Chavanis et le journal la *Loire médicale* ont suffisante raison d'être satisfaits des résultats obtenus depuis six mois par ce service municipal d'hygiène. De telles initiatives méritent à la fois éloges et imitation. Une fois de plus, dans cette circonstance, l'édilité parisienne se laisse devancer par la province et devrait suivre son exemple ! — C. L. D.

COURRIER

ERRATUM. — C'est par erreur que la couverture du numéro précédent (nº 136) porte la date de samedi 25 septembre, il faut lire *jeudi* 25. Le journal porte, du reste, la date exacte.

DÉCLARATION DU CORPS CONSULAIRE EN RÉSIDENCE A NICE, CANNES ET MENTON. — Au moment de la disparition de l'épidémie cholérique qui a sévi à Toulon, à Marseille et dans quelques localités environnantes, les consuls soussignés, résidant à Nice, Cannes et Menton, s'empressent de porter à la connaissance de leurs nationaux respectifs :

1º Que la ville de Nice et les stations du littoral qui l'avoisinent, grâce à l'excellence de leur climat et aux sérieuses précautions hygiéniques qui y ont été promptement et efficacement prises par les municipalités, ont été complètement indemnes de la maladie et que jamais la santé publique n'y a été plus parfaite ;

2º Que la quarantaine qui avait été établie, comme mesure préventive, à la limite ouest du territoire de Nice, au quartier du Var, a été supprimée, dès le 6 septembre courant, ce qui permet, depuis lors, aux voyageurs d'entrer en ville, sans avoir à remplir aucune formalité ni à subir le moindre retard.

Rendant hommage à la vérité, nous nous faisons, en conséquence, un devoir et un plaisir de déclarer publiquement et formellement, dans un but d'intérêt général et pour que nos nationaux soient sûrement informés du véritable état sanitaire de ces pays du soleil, que la colonie étrangère qui, au retour de la saison rigoureuse, a pour habitude d'y venir prendre ses quartiers d'hiver peut, comme à l'ordinaire avec pleine sécurité, se rendre à Nice, Cannes et Menton, et, en général, le long de la côte dans la partie du littoral méditerranéen comprise entre Hyères et San Remo.

En foi de quoi, les consuls ont signé la présente déclaration.

(*Suivent les signatures*).

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

Traitement rationnel de la fièvre typhoïde,

Par le docteur L. RÉAL, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.

Depuis 1862 (1), j'ai eu l'idée d'appliquer plus particulièrement à la fièvre typhoïde un traitement rationnel et immédiatement efficace (le sous-nitrate de bismuth à fortes doses, 15 à 30 grammes par jour), que j'employais déjà depuis plusieurs années pour la suppression d'un élément, principal ou accessoire, dans plusieurs affections primitives ou secondaires du tube digestif, et particulièrement de l'intestin grêle ou gros; — je veux parler de l'infection putride, ou plutôt de la putridité. Quelques conditions favorisent la putridité dans l'intestin. Une inflammation plus ou moins profonde, érythémateuse ou ulcéreuse, ou seulement un état fébrile permanent peuvent modifier profondément ou même supprimer momentanément les sécrétions normales de tout l'appareil digestif, — sécrétions normales évidemment préservatrices de la putridité, en raison de leurs propriétés chimiques spéciales : — alors les matières contenues dans l'intestin, abandonnées en quelque sorte à elles-mêmes, et soumises aux conditions favorables d'humidité et de chaleur, entrent forcément en fermentation putride, surtout si des ulcérations ou une inflammation exsudative viennent verser dans le foyer des produits d'excrétion tout particulièrement altérables, comme l'albumine, le sang ou le pus.

Il ne faut pas confondre l'odeur *sui generis* normale des matières fécales saines avec la fétidité d'ammoniaques composées, de *ptomaïnes,* comme on dit aujourd'hui, qu'offrent les selles provenant d'intestins malades. L'odeur des matières fécales saines me paraît même provenir d'une substance sécrétée par l'intestin et qui doit avoir la plus grande analogie avec l'acide thymique, doué de propriétés antiseptiques si actives. La chimie biologique pourra établir expérimentalement le fait; les déductions physiologiques précédentes suffisent pour mon sujet.

Une fois le foyer putride intestinal établi, l'absorption, si active et si normale dans l'intestin, en verse le produit dans le sang, qui s'en trouve empoisonné, ainsi que tout l'organisme avec lui. Il en résulte un cercle vicieux; en effet, l'infection putride générale tend à augmenter l'intensité de la putridité intestinale en supprimant, par une sorte d'action spéciale paralysante, plus complètement encore qu'au début, les sécrétions normales digestives. L'existence de ce cercle vicieux explique la longueur et la gravité des affections où la putridité intestinale joue un rôle prédominant (fièvre typhoïde, dysentérie, typhus des bêtes à cornes). Rompre la continuité de cette chaîne en supprimant rapidement l'élément putride, c'est *simplifier* la maladie et en préparer la solution promptement favorable.

Le pansement antiputride, dit aujourd'hui antiseptique, des ulcères de l'intestin a encore pour effet de fortement atténuer ou même de supprimer complètement deux des éléments les plus redoutables de la fièvre typhoïde. Ces éléments sont :

1° Les lymphangites intestinales et les adénites mésentériques, nouvelles

(1) En 1864 et en 1865, ayant eu déjà ma conviction faite par l'observation de faits antérieurs, je priai mon ami le professeur Charcot de vouloir bien venir voir deux malades (Mme François, 29, rue du Sentier, et Mlle Marie Domine, rue Bleue). M. Charcot en entretint alors ses élèves, entre autres M. le professeur Bouchard, qui voulait bien, en y joignant son approbation, me rappeler le fait il y a trois ans.

causes d'empoisonnement général et de réactions fébriles dangereuses, de douleurs abdominales paralysantes entraînant le ballonnement du ventre avec gêne respiratoire correspondante. Je me base, pour démontrer cette proposition, sur la connaissance exacte de ce qui se produit dans les lymphangites externes ou les érysipèles. Lorsque les ulcérations intestinales sont restées longtemps abandonnées à elles-mêmes, en quelque sorte sans pansement, en contact avec des matières irritantes et de mauvaise nature, elles deviennent le point de départ de lymphangites et d'adénites mésentériques; comme je l'ai nettement fait voir (dans la thèse du docteur Guyot, 1868, et dans l'*Union médicale,* 20 septembre 1870, ainsi que dans mon mémoire *sur érysipèle*, récemment consacré par l'Académie des sciences, 1884), le meilleur, le seul moyen d'empêcher préventivement comme d'arrêter dans leur évolution ces lymphangites rectilignes ou diffuses, c'est de supprimer leur source, en améliorant les conditions de la lésion qui leur sert toujours de point de départ; ce résultat est obtenu aussitôt que les ulcérations, loin de baigner dans un liquide infect, sont mises en contact avec un agent réparateur.

2° La néphrite infectieuse, qui est peut-être déterminée plutôt par l'absorption putride et les lymphangites que par l'infection microbique primitive (comme dans la diphthérie, comme dans la scarlatine), la néphrite procède autant et même plus des foyers d'infection secondaire que de la contamination primitive.

On voit aussi combien il est important, dans la fièvre typhoïde, comme dans ces deux autres sortes d'infection, de faire taire de bonne heure les effets secondaires devenant causes d'effets tertiaires; car il n'est pas douteux que les troubles rénaux, avec l'urémie plus ou moins complète qu'ils occasionnent, ne deviennent à leur tour causes de phénomènes quaternaires d'assez grande gravité, délire, ataxo-adynamie, tendance à la gangrène par pression, etc.

A propos de ces maladies où les troubles rénaux menacent toujours, et où il faut dès l'abord s'en méfier, je dirai en passant qu'il n'y a pas d'état plus délicat pour l'intolérance d'un grand nombre de médicaments, et j'ajoute même d'aliments. Aussi ai-je toujours considéré comme très scabreux d'administrer dans la typhoïde beaucoup de médicaments dynamiques, comme la quinine, le salicylate de soude, l'acide phénique, les vésicatoires, etc. Ces médicaments mal tolérés, *quand ils sont absorbés,* nuisent positivement en favorisant le début de la néphrite, ou en l'aggravant, quand elle existe. Il en est de même de presque tous les aliments autres que le lait. Comme médicament utile, je ne vois pour ainsi dire que l'alcool ou le chloral, qui m'ont réussi très bien par leur action favorable sur l'uropoïèse pour faire disparaître des accidents comateux ou ataxiques : ainsi, entre autres cas, chez un garçon, enfant de 6 ans, paraissant dans un état désespéré, à un médecin consultant de l'hôpital Trousseau, quelques doses fractionnées de chloral étendu de beaucoup d'eau (100 grammes pour 2 grammes de chloral) supprimèrent l'état urémique comateux, qui avait été amené, je crois, par la tentative pourtant modérée qu'on avait faite pour combattre un engouement pulmonaire par une cantharidation très légère.

En résumé, le pansement antiputride de l'intestin et de ses ulcères, en supprimant l'absorption et l'ivresse putrides, en atténuant fortement ou en faisant disparaître les effets des lymphangites et de la néphrite infectieuse, ce pansement antiputride, dis-je, modifie très notablement l'aspect de la maladie et en fait disparaître les symptômes les plus saillants, délire, faiblesse musculaire, endolorissement et ballonnement du ventre, sécheresse de la bouche et de la gorge. La salive et les autres sécrétions digestives étant moins entravées, il s'ensuit un corollaire des plus importants pour le traitement et pour la marche de la maladie, ainsi que de la

convalescence; l'alimentation, surtout par le lait, devient possible dans des conditions tout autres que lorsque le traitement est différent.

La fièvre typhoïde ainsi simplifiée, je parle des cas sérieux (voir plus loin l'observation Compère), dure encore de douze à seize jours, à partir du jour de l'alitement jusqu'à la chute de la température et du pouls. Mais, alors même, il ne faut pas encore abandonner entièrement le traitement médicamenteux et alimentaire, sous peine de risquer de voir le malade pris de rechute.

Je ne puis admettre que la rechute soit le recommencement du cycle de la maladie microbique primitive. La rechute n'est que le réveil d'un incendie endormi sous la cendre; c'est un début de lymphangite partant d'un ou de plusieurs ulcères intestinaux qu'on n'a pas eu la patience de panser assez longtemps; l'endolorissement subit du ventre avec ballonnement et le retour de la diarrhée, qui avait auparavant cessé, établissent le bien fondé de mon opinion; j'en cite un exemple-type plus loin. Ou bien encore, c'est une rechute de néphrite albuminurique occasionnée par l'abandon prématuré du régime lacté, combiné quelquefois à un refroidissement. J'ai cité également, plus loin, un exemple-type. Ces deux cas ont guéri rapidement malgré leur gravité, parce que le traitement *convenable* a été rapidement appliqué à chacun d'eux; dans le cas de la lymphangite (Marguerite Bienfait), retour à des doses suffisantes de bismuth; dans le cas de la néphrite (Léonie Brun), emploi du lait, du chloral et d'un purgatif.

Manière d'appliquer le traitement.

J'ai déjà dit sommairement, au début de ce mémoire, que la base du traitement est le sous-nitrate de bismuth à doses relativement élevées, c'est-à-dire 15 à 30 grammes par jour, habituellement suffisants pour supprimer entièrement en vingt-quatre ou trente heures toute putridité intestinale. Le sous-nitrate de bismuth est à la fois le plus *inoffensif* et le plus *efficace* des agents capables de faire disparaître très rapidement la putridité intestinale; il n'est d'ailleurs pas absolument l'unique agent inoffensif pouvant procurer cet effet.

Trois conditions essentielles doivent être exigées des agents désinfectants intestinaux : 1° Ils doivent être inoffensifs et ne doivent devenir vénéneux en aucun cas. — 2° Ils doivent être tels qu'on puisse les faire parvenir à destination dans l'intestin sans qu'ils soient absorbés auparavant. Cette condition est très importante, car sans elle on ne pourrait compter sur un résultat certain. Pour cela, il faut que l'agent désinfectant soit une poudre insoluble dans le tube digestif. — 3° Il faut néanmoins que l'agent employé ait une action chimique réelle sur les matières putrides, action telle qu'elle en détruise l'effet nuisible.

Ces trois conditions, je les ai trouvées réunies, avec une activité un peu variable cependant, dans les oxydes et les sels insolubles dans l'eau des métaux non nuisibles, tels que bismuth, manganèse, fer, — combinés, bien entendu, avec des acides non vénéneux eux-mêmes.

Ainsi, les oxydes de bismuth, de fer et de manganèse rempliraient plus ou moins avantageusement les conditions sus-indiquées ; le sous-nitrate de bismuth, le carbonate du même métal, les carbonates hydratés et gélatineux de manganèse et de fer peroxydés sont les sels de ces métaux qui doivent être préférés, comme inoffensifs d'abord, comme ayant de plus l'efficacité la plus prompte et la plus complète. C'est principalement par leur action *désulfurante* sur les matières putrides que ces agents sont désinfectants. L'hydrogène sulfuré (acide sulfhydrique) existant déjà, ou à l'état naissant, se trouve fixé sur l'oxyde métallique, transformé ainsi en sulfure insoluble, noir, complètement inoffensif ; un gaz des plus délétères en solution dans

les matières putrides, le sulfhydrate d'ammoniaque, quand c'est surtout le sous-nitrate de bismuth qui est employé, se trouve détruit ; l'acide sulfhydrique se fixe sur l'oxyde de bismuth et l'ammoniaque se combine avec l'acide nitrique devenu libre. Quand c'est un carbonate qui est employé, une double décomposition semblable s'effectue, le carbonate d'ammoniaque qui reste alors dans l'intestin est à la vérité plus irritant que le nitrate, mais il n'est nullement vénéneux à la dose où il est. Quand le sous-nitrate de bismuth a été employé, les gaz intestinaux ne sont donc plus ni sulfureux ni ammoniacaux. Ils ne sont plus composés que d'hydrogène bi-carboné, comme le gaz de l'éclairage dont ils ont presque complètement l'odeur, ainsi que les gaz rendus par les herbivores en santé, les chevaux, par exemple. Les matières putrides ainsi désulfurées et privées d'ammoniaque n'ont plus d'odeur.

Il existe encore une poudre inoffensive et insoluble pouvant rendre quelques services, bien moindres pourtant que ne le peut le bismuth. Ce corps, c'est la poudre de charbon végétal, que j'ai utilisée il y a cinq ans comme adjuvant du bismuth, chez un jeune typhoïque de 13 ans, employé chez M. D. Bienfait ; mais l'action *absorbante* physique du charbon n'atteint pas l'efficacité chimique du bismuth.

Mode d'administration. — Doses. — Le premier jour du traitement, pour arriver le plus vite possible à la désinfection complète, je fais ordinairement administrer un quart de lavement d'amidon cuit additionné de 10 grammes de sous-nitrate de bismuth. On fait prendre en même temps par la bouche 20 à 25 grammes le plus tôt possible, en trois ou quatre prises assez rapprochées l'une de l'autre, une heure ou une demi-heure, par exemple. On délaie chaque prise dans un peu d'eau ou on l'invisque dans du sirop de gomme ou une bouillie de fécule cuite.

Le second jour, plus de lavement de bismuth. Par la bouche on donne de la même manière la même dose, en ayant soin de répartir les trois ou quatre prises à peu près régulièrement dans les vingt-quatre heures.

Pour la dose, il est bien entendu qu'elle n'est pas absolument déterminée ; comme le médicament est complètement inoffensif et même inerte, c'est la dose qui désinfecte entièrement qui est la bonne ; il n'est jamais à craindre de l'élever trop ; il vaut mieux aller au delà que de rester en deçà ; on est averti qu'on est resté en deçà, lorsque les matières fécales ne sont pas entièrement désinfectées.

Vers la fin du traitement, on est certain que l'on peut diminuer graduellement la dose quotidienne lorsque les matières bien désinfectées deviennent de moins en moins noires et que même on peut apercevoir des parcelles restées blanches du bismuth n'ayant plus trouvé d'acide sulfhydrique à fixer.

Généralement, quoique les ulcérations persistent, la soustraction de l'intestin aux matières putrides et irritantes qu'il contenait suffit pour arrêter la diarrhée ; quelquefois la diarrhée persiste, quelquefois une certaine constipation s'établirait si l'on n'avait soin de s'y opposer chaque jour en donnant 10 ou 15 grammes, et même plus, de sulfate de soude par la bouche ou en lavement.

Pendant toute la durée du traitement, je m'efforce de faire prendre au malade environ deux litres de lait non sucré et quelquefois coupé d'eau de Vals (source Précieuse), ou autre source modérément alcaline. Je puis ajouter quelquefois une bouteille ou un litre de bonne bière, ou 3 à 8 centilitres de bon cognac soit dans le lait, soit dans un peu d'eau alcaline.

Pour la fièvre typhoïde, il est difficile de faire de la statistique bien solide, il s'agit de savoir quels cas on fait entrer dans cette statistique ; lors de la dernière discussion à l'Académie de médecine concernant les bains froids à Lyon et en Allemagne, il a été démontré que des cas fébriles légers et douteux pour leur nature ont été comptés parmi les cas de vraie

fièvre typhoïde. D'ailleurs, suivant les années et même suivant les quartiers d'une même ville comme Paris, les cas peuvent être plus ou moins graves.

Néanmoins, et quoique je pense qu'il est préférable, quand on le peut, de suivre les rapports d'un traitement avec les phénomènes de la maladie, je présente sommairement ma statistique personnelle depuis 22 ans et dans une zone assez étendue de Paris. Sur 19 cas, de 1862 à 1870, je n'en ai pas perdu un seul de ceux où le traitement a été appliqué ; dans cette même période, j'ai vu périr deux malades pour qui j'ai été appelé après dix-sept jours pour l'un, et pour l'autre après trente-neuf jours d'alitement ; ils avaient eu des lymphangites graves ayant causé l'infiltration purulente des ganglions mésentériques.

Depuis 1870 à 1884, sur 62 malades, je n'en ai perdu que deux dont je rapporte sommairement l'observation.

La première, enceinte de six mois, après deux jours d'hémorrhagies intestinale et nasale que je parvins à arrêter, fut prise d'avortement avec inertie utérine et hémorrhagie foudroyante, malgré les tentatives de compression de l'aorte.

Le second cas est du mois de juin 1884. Le traitement antiputride n'avait pas été suivi au début et l'avait été mal vers la fin ; des accidents graves de lymphangite intestinale avec albuminurie n'ont pas permis à la malade très chétive, très pâle primitivement, et la dernière de quatre filles, toutes mortes, de résister. Si le pansement antiputride avait été mieux fait, il est évident pour moi que la petite malade n'aurait pas eu cette lymphangite née dans la pourriture intestinale, comme je l'ai constaté le premier jour de l'accès de fièvre avec 40°,5, qui était le douzième jour de l'alitement.

Observations.

Fièvre typhoïde type, sans complication, avec des températures élevées,

Charles Compère, 10 ans, demeurant rue Bichat, 49, mais en pension à Gonesse, où il se couche le dimanche 8 octobre 1882, à quatre heures. Grande fièvre, mal de tête, Diarrhée, le lundi, après un vomitif (Ipéca). Mal de tête antérieur depuis huit jours.

Je vois le malade pour la première fois le 10 octobre, à neuf heures, soir. — Pouls, 130 ; temp., 40°9 ; beaucoup d'albumine dans l'urine. Prescr. : lait, bière, 10 grammes S. N. de bismuth,

Le 11, à deux heures et demie. — Pouls, 116 ; temp., 40°3. *Ut suprà.*

Le 12, à huit heures et demie, soir. — Pouls, 114 ; temp., 40°1. Bismuth, 12 grammes; lait, bière.

Le 13, à quatre heures. — Pouls, 100 ; temp., 39°3. *Ut suprà.*

Le 14, à sept heures un quart, soir. — Pouls, 90 ; temp., 38°9. La nuit a été bonne, le ventre n'est plus sensible. Prescr. : *ut suprà.*

Le 17, à deux heures et demie. — Pouls, 104 ; temp., 39°3. La nuit a été bonne. Prescr. : *ut suprà.*

Le 18, à trois heures. — Pouls, 104 ; temp., 39°,7. Le mieux-être qu'éprouve l'enfant jure avec la haute température. La nuit a été bonne, l'enfant joue et boit bien son lait le matin. Plus d'albumine dans l'urine.

Le 19, à trois heures. — Pouls, 100 ; temp., 39°7. Bismuth, 20 grammes. Le reste *ut suprà.*

Le 20, à deux heures et demie. — Pouls, 106 ; temp., 40°1. Bismuth, 15 grammes. Les selles commencent à être plus solides et moins fréquentes.

Le 21, à huit heures trois quarts, matin. — Temp., 37°3 (?) (prise par le père). Trois heures, soir ; pouls, 96 ; temp., 39°4. Prescr. : *ut suprà.*

Le 22. — Je ne vois pas le malade. Mais déjà la veille la convalescence s'annonçait par un mieux-être général et des selles moins fréquentes et plus fermes. L'enfant joue sur son lit et ne fait pas difficulté pour se lever seul.

Le 23, à une heure et demie, soir, heure habituelle du maximum de la fièvre, je note : temp., 37°5. Le malade frappe sur son ventre, qui est redevenu complètement insensible ; il a faim ; il n'a pas été à la selle depuis vingt-quatre heures. Bismuth, 6 grammes ;

lait et tartines de beurre avec sel. L'enfant peut descendre un étage seul. Il n'y a pas eu de convalescence.

Fièvre typhoïde plutôt peu grave mais suivie de rechute par lymphangite intestinale.

Marguerite Bienfait, 5 ans, demeurant rue de B... Depuis plusieurs jours, céphalalgie; mal de ventre.

Le 3 juin 1883. — Alitement. Pouls 130. (Je n'ai pas mon thermomètre, mais beaucoup de fièvre.) Rhubarbe, 4 grammes de bismuth, lait et eau de Vals (source Précieuse).

Le 4, soir. — Pouls, 120 ; temp., 39°8. Prescr. : *ut suprà.*

Le 5. — Pouls, 116 ; temp., 39°3. Prescr. : *ut suprà.*

Le 6, à quatre heures, soir. — Pouls, 120 ; temp., 39°6. Prescr. : 6 grammes de bismuth et *ut suprà* ; il y a eu trois selles liquides inodores.

Le 7, à quatre heures, soir. — Pouls, 120 ; temp., 39°2. Prescr. : *ut suprà.* Trois selles liquides.

Le 8, à huit heures et demie. — Temp., 39°2. Prescr. : *ut suprà.* Quatre selles liquides.

Le 9, à sept heures. — Pouls, 112 ; temp., 38°5. Prescr. : *ut suprà.* Cinq selles liquides.

Le 10, à une heure. — Pouls, 112 ; temp., modérée (pas de thermomètre). Prescr. : *ut suprà.* Toujours selles liquides ; un vomissement.

Le 11, à trois heures. — Pouls, 100 ; temp., 39°. 8 grammes de bismuth, selles liquides.

Le 12, à midi. — Pouls, 100 ; temp., 37°6. 10 grammes de bismuth, selles liquides noires.

Le 13, à trois heures un quart. — Pouls, 98 ; temp., 39°. 10 grammes de bismuth, selles liquides.

Le 14, à six heures et demie. — Pouls, 100 ; temp., 38°6. *Ut suprà,* selles liquides.

Le 15, à quatre heures. — Pouls, 120 ; temp., 39°9. *Ut suprà,* plus 1 gramme de rhubarbe, selles noires liquides.

Convalescence. — Le 16, à onze heures. — Pouls, 100 ; temp., 36°8. Il y a eu deux selles bilieuses. Prescr. : *ut suprà.*

Le 17, à midi. — Pouls, 100 ; temp., 36°8. Pas de selles ; il a dû y avoir encore un peu de fièvre hier au soir. Prescr. : *ut suprà,* plus croûtes de pain.

Le 18, à midi et demie. — Temp., 36°6. *Selle normale.* 5 grammes de bismuth, phosphate, grattures de viande (toujours lait).

Le 19, à une heure, soir. — Temp., 37°4. Hier au soir, il y a eu un peu de fièvre qui n'a pas empêché de manger pain et viande.

Le 20, à trois heures un quart. — Temp., 38°5. *Ut suprà.*

Le 21, à midi et demie. — Temp., 37°4. *Ut suprà.*

Le 22, à trois heures un quart, soir. — Temp., 38°5. Mange, se lève et joue.

Le 23, à quatre heures. — Temp., 38°6. Il y a eu accès de fièvre. 25 centigrammes de sulfate de quinine et 1 gr. de rhubarbe.

Rechute. — Le 24, à midi. — Temp., 37°. Il y a eu des coliques hier, à six heures.

Le 25, à midi et demi. — Pouls, 128 ; temp., 39°9. Une selle moins solide après. Rechute.

Le 25, huit heures et demie, soir. — Pouls, 128 ; temp., 39°6. Prescr. : 10 grammes de bismuth, lait coupé d'eau de Vals.

Le 26, à onze heures et demie. — Pouls, 124 ; temp., 39°9. 1 gramme de rhubarbe. Il y a eu deux selles liquides, un peu glaireuses ; moins de coliques ; pas d'albumine dans l'urine, *rien aux poumons,* pas de délire.

Le 26, à huit heures et demie, soir. — Pouls, 124 ; temp., 39°9. Prescr. : 15 grammes de bismuth, lait coupé d'eau de Vals, cognac ; pour demain 25 gr. de sulfate de soude en lavement.

Le 27, dix heures et demie, matin. — Pouls, 122 ; temp., 39°6. L'enfant est plus éveillée ; elle a dormi, elle a eu deux selles liquides malgré 15 grammes de bismuth. Encore deux selles après le sulfate de soude ; le ventre est un peu moins ballonné et moins douloureux à la pression. Prescr. : *ut suprà.*

Le 27, à six heures et demie, soir. — Pouls, 120 ; temp. 39°8. L'enfant est toujours bien éveillée.

Le 28, à onze heures un quart matin. — Pouls, 120 ; temp., 39°6. Il y a eu la nuit deux petites selles liquides, une très petite le matin un peu fétide. Tension modérée du ventre. Il y a encore eu douleur du ventre avant une selle. Sensibilité persistante dans le flanc droit. L'enfant est plus alourdie, craint la lumière et accuse un peu de douleur de tête. Prescr. : 15 grammes de bismuth, 20 grammes de citrate de magnésie, deux

gouttes de teinture de cantharides en raison d'un peu de toux. Lait, Vals, cognac. Mouiller de temps en temps la tête et le corps avec une éponge imbibée d'*eau chaude* pour imiter la sueur absente.

Le 28, à six heures et demie, soir. — Pouls, 128 ; temp., 39°9. Le citrate de magnésie a été vomi ; je le remplace par un lavement de 15 grammes de sulfate de soude et 25 grammes de miel de mercuriale. Il y a de l'albumine non rétractile dans l'urine. Je supprime l'eau de Vals dans le lait.

Le 29, à neuf heures et demie, matin. — Pouls, 120 ; temp. 39°6. Malgré les deux lavements, il n'y a eu que deux petites selles, dont une spontanée liquide. La soirée et la nuit, l'enfant paraissait un peu mieux. 1 gramme de rhubarbe avec 20 centigrammes d'aloës, 15 grammes de bismuth, etc.

Le 29, à neuf heures, soir. — Pouls, 120 ; temp., 39°6. Deux petites selles bilieuses ; 3 grammes seulement de bismuth ont été pris.

Le 30, à onze heures un quart, matin. — Pouls, 120 ; temp., 39°7 ; resp., 35. Deux selles la nuit toujours liquides. Reprise du bismuth, 12 grammes. L'enfant boit beaucoup (2 litres de lait avec un quart d'eau de Vals).

Le 30, à neuf heures, soir. — Pouls, 120 ; temp., 39°6. L'enfant urine beaucoup ; beaucoup d'albumine. Je supprime de nouveau l'eau de Vals. Rien que du lait, du bismuth, du cognac et quatre gouttes de teinture de cantharides.

Le 1er juillet, à onze heures vingt. Pouls, 116 ; temp., 39°2. Le cognac aussitôt pris a été rendu, on n'en donnera plus.

Le 2, à onze heures et demie, matin. Pouls, 116 ; temp., 39°4.

Le 2, neuf heures, soir. — Pouls, 116 ; temp., 40°1. Il y a eu plusieurs selles presque solides.

Le 3, à onze heures, matin. — Pouls, 100 ; temp., 39°1. Il y a eu plusieurs selles abondantes demi-liquides, aigres, non fétides.

Le 3, à huit heures, soir. — Pouls, 110 ; temp., 38°4. L'enfant a moins bu.

Le 4, à onze heures, matin. — Pouls, 108 ; temp., 37°8. Peu de selles.

Le 4, à sept heures, soir. — Pouls, 108 ; temp., 36°6.

Le 5, à onze heures, matin. — Pouls, 104 ; temp., 36°5. Il n'y a pas eu de selle ; à peine d'albumine malgré l'urine muqueuse ; toujours lait, phosphate, iodure de sodium comme réparateur dans la convalescence après albuminurie.

Fièvre typhoïde de moyenne intensité, rechute par néphrite provoquée par écart de régime et aussi refroidissement.

Léonie-Clémence Brun, âgée de 6 ans et demie, demeurant rue du Faubourg-Saint-Denis, 61. La sœur de cette enfant est convalescente de fièvre typhoïde que je n'ai pas soignée.

Le mercredi, 1er novembre 1882, elle est prise de mal de tête, de faiblesse et d'étourdissement, et elle n'a pu rester levée jusqu'à la fin de la journée.

Je vois l'enfant pour la première fois le 4 novembre 1882.

Le 4 novembre, à une heure un quart. — Pouls, 92 ; temp., 39. La diarrhée a commencé aujourd'hui. Bismuth, 10 grammes, et lavement de bismuth. Il y a eu saignement de nez deux fois.

Le 5, à midi et demi. — Pouls, 116, temp., 39°7. Bismuth, 10 grammes ; lait.

Le 7. — Pouls, 120 ; temp. 39°5. — Albumine dans l'urine ; plusieurs selles liquides noires inodores ; ventre moins ballonné ; pas de taches ; subdélirium nocturne. L'enfant est pourtant vaillante et paraît très bien le jour.

Le 9, à midi. — Pouls, 120 ; temp., 39°6. Prescr. : *ut suprà*. Toujours cinq à six selles liquides spontanées.

Le 11, à trois heures et demi, soir. — Pouls, 112 ; temp., 39°. Prescr. : *ut suprà*. Il y a un léger mieux, l'enfant demande à se lever.

Le 13, à trois heures et demie. — Pouls, 120 ; temp., 39°7. L'enfant vient de dormir, ce qui explique l'excès de chaleur. Le matin, elle était plus fraîche. Prescr. : *ut suprà*. Selles moins fréquentes et plus épaisses. L'enfant joue sur son lit le jour, quoi qu'elle ait toujours des réveils effarés la nuit. Nez bouché, un peu de surdité. Quatre gouttes de teinture de cantharides, matin et soir.

Guérison. — Le 16, à quatre heures et demie, soir. — Pouls, 112 ; temp., 38°1. Les deux nuits précédentes ont été excellentes. L'enfant joue sur son lit, enfile des perles ; elle demande à se lever. Diminution du bismuth (6 grammes) ; quatre gouttes de teinture de cantharides, matin et soir.

Rechute par albuminurie. — Le 28. — Pouls, 125 ; temp., 39°9. Albuminurie après

refroidissement et suppression du régime lacté. L'enfant était sortie par le froid. (Il n'y avait pas eu de convalescence, ce qui étonnait d'autant plus les parents qu'ils avaient leur première malade, autrement soignée, encore incapable de faire ce que sa sœur faisait.)

Sensibilité du ventre ; étourdissement ; un peu de strabisme ; nystagmus ; mouvements musculaires légers involontaires. Prescr. : 10 grammes de sulfate de soude. Solution suivante : eau, 100 grammes ; chloral, 2 grammes. Deux cuillerées à café toute les deux ou trois heures ; lait.

Le 29. — Pouls, 125 ; temp., 39°7. Respiration suspirieuse ; les cinq selles par sulfate de soude ont été très fétides, sensibilité du ventre. Plus de strabisme ni de mouvements involontaires. Lait coupé par moitié d'eau de Vals (source Précieuse) ; cognac, un petit verre dans le lait ; lavement purgatif avec miel de mercuriale et sulfate de soude ; 4 grammes de bismuth.

Le 30. — Pouls, 125 (je n'ai pas mon thermomètre). *Ut suprà.*

Le 1er décembre. — Pouls, 125 ; temp., 39°6. Il y a eu un trop grand nombre de selles du 30 novembre au 1er décembre. Langue blanche et sèche ; selles nombreuses non fétides. 4 grammes de bismuth, lait et Vals, cognac.

Le 2. — Pouls, 130 ; temp., 39°6. *Ut suprà.* Délire ; discours continuels. 2 litres de lait ; un demi-litre d'eau de Vals ; 4 centilitres de cognac. Pas trop de bouffissure.

Le 3. — Pouls, 118 ; temp. 39°1. *Ut suprà.* Délire un peu moindre.

Le 4. — Pouls, 118 ; temp. 39°3. *Ut suprà.* Le délire a disparu, hier, à cinq heures. Selles moins fréquentes. *Plus d'albumine.*

Le 5. — Pouls, 118 ; temp. 37°9. *Ut suprà.* Urines très abondantes. L'enfant joue sur son lit ; la langue est plus humide. On peut affirmer la guérison.

BIBLIOTHÈQUE

De l'alcoolisme et de ses diverses manifestations, par M. J. Lentz. Bruxelles, Henri Monceaux, 1884.

Mémoire adressé à l'Académie de médecine de Belgique et couronné par cette Société savante, l'ouvrage actuel est certainement un des plus complets sur la question de l'alcoolisme envisagée sous ses divers aspects : physiologie, pathologie et médecine légale. Il se divise en cinq chapitres intitulés : Considérations sur l'action physiologique de l'alcool, Ivresse, Alcoolisme chronique, Alcoolisme psychique et Alcoolisme héréditaire.

Je ne m'arrête pas ici sur le premier chapitre ; il a pour but de rappeler des faits déjà observés ou d'exposer des considérations relatives à l'action des alcools sur les diverses fonctions. Le second chapitre traite de l'ivresse ou mieux des ivresses que M. Lentz divise en ivresses normales, dont il expose l'étiologie et la symptomatologie, et en ivresses anormales ou pathologiques, c'est-à-dire l'ivresse maniaque, convulsive, et celle des aliénés de différentes catégories.

Un des paragraphes les plus intéressants de ce remarquable chapitre est celui des analogies de l'ivresse et de la folie. Il y a loin en effet des caractères cliniques, de l'évolution et des désordres organiques de l'ivresse, telle que l'auteur la décrit et qui en font une maladie ayant ses prodromes, sa marche et sa terminaison, à ces naïves ressemblances que signalait Friedrich. Pour lui, les gens ivres « ressemblent aux aliénés en ce que, « comme ces derniers, ils prennent plus volontiers et plus souvent du tabac et portent « brusquement la prise au nez ». Ils ont la propension à causer avec eux-mêmes, à rire aux éclats, à pleurer sans motif ; ils sont insensibles à la douleur et au froid !

M. Lentz compare l'ivresse à la folie paralytique, parce que son début a une forme expansive se traduisant par une modification de la sensibilité morale et une modification idéative de l'intelligence. Plus tard, la déchéance physique devient manifeste, et la motilité s'affaiblit. Ces analogies existent donc jusque dans les degrés ultimes de ces deux processus, qui aboutissent l'un et l'autre à l'anéantissement progressif des grandes fonctions de l'organisme.

Enfin, au point de vue anatomo-pathologique, M. Lentz trouve encore d'autres motifs de rapprochement. Les premiers phénomènes de l'ivrese sont aussi de nature congestive et en même temps la cellule nerveuse est altérée par l'alcool. Après cela, prétendre que l'ivresse est une folie paralytique, serait aller trop loin ; aussi l'auteur a-t-il soin d'éviter cette confusion, qui serait une grave erreur.

Les paragraphes de l'Alcoolisme aigu et chronique sont inspirés en partie par les beaux

travaux de MM. Dujardin-Beaumetz et Audigé; c'est assez dire qu'ils sont de valeur d'autant plus grande qu'aux résultats expérimentaux observés par le savant médecin de l'hôpital Cochin, M. Lentz ajoute une description complète des altérations viscérales dans le processus alcoolique : altérations anatomiques et fonctionnelles des organes digestifs, respiratoires, circulatoires, urinaires, tégumentaires, moteurs et nerveux. L'alcoolisme chronique cérébro-spinal tient la plus large place dans cette description, aussi honorable pour la plume de l'écrivain que pour l'exactitude scientifique du clinicien. Ses formes, alcoolisme hallucinatoire, démence alcoolique, paralysie alcoolique, sont analogues aux folies véritables. Ici donc encore M. Lentz n'hésite pas à comparer les manifestations primitives de l'alcoolisme cérébro-spinal aux phénomènes morbides du début des folies organiques.

De là cette conclusion pratique : « L'ivrognerie, en tant qu'elle consiste dans cet état « d'immoralité engendrée par l'abus des alcooliques, ne saurait être considérée comme « un vice; — ...... elle doit être considérée comme l'analogue de la période prodromique « des maladies mentales et constitue réellement la période prodromique de l'alcoolisme « chronique confirmé. » — Cette conclusion permet de prévoir dans quel esprit l'auteur envisage les rapports de l'alcoolisme cérébral chronique avec la médecine légale.

L'étude de l'alcoolisme spychique et de l'alcoolisme héréditaire termine cet ouvrage dans lequel, aux qualités personnelles de l'auteur, qualités justement récompensées par l'Académie de Belgique, on doit ajouter, à l'étranger et en France surtout, un autre mérite, celui de l'impartialité. M. Lentz a rendu amples hommages aux travaux de la plupart de nos compatriotes et de l'Ecole française. Son livre, qui a reçu bon accueil en Belgique, obtiendra donc même faveur dans notre pays. — Ch. Eloy.

De la criminalité chez les Arabes au point de vue de la pratique médico-judiciaire en Algérie, par le docteur A. Kocher. — Paris, J.-B. Baillière.

C'est un gros mémoire que la thèse inaugurale de notre nouveau confrère de l'armée. Mais cet ouvrage n'a pas seulement la qualité d'être volumineux, il possède aussi celle d'enseigner des faits peu connus et de haute importance pratique pour les médecins et les corps judiciaires de la colonie.

Avant d'entrer dans son sujet, l'auteur jette un coup d'œil général sur l'anthropologie, l'ethnologie et la démographie des populations indigènes et européennes de l'Algérie. Ces considérations sont d'utilité, puisqu'elles font apprécier le milieu social dans lequel le médecin-légiste doit exercer. De plus, elles montrent que M. Kocher a été à même de le bien connaître par son contact avec la population arabe pendant son internat dans les hôpitaux d'Alger.

Dans cette première partie se trouvent les résultats de nombreuses recherches sur la statistique de la criminalité dans cette contrée, recherches d'autant plus complètes qu'elles ont été faites au moyen des documents officiels et des archives des tribunaux de la cour d'Alger.

Plus loin, il traite la question de l'identité des personnes, celle de la femme arabe, ce *champ génital* des jurisconsultes et des théologiens musulmans ; enfin, chapitre qui lui a été inspiré par M. le professeur Lacassagne, l'étude des signes professionnels, si importants pour l'expert et les juges d'instruction dans un pays où la population indigène manque d'état civil.

Au moyen d'observations personnelles ou de faits empruntés à MM. Dujardin-Beaumetz, Bertherand et autres, M. Kocher motive par des exemples les chapitres dans lesquels il énumère les divers attentats contre les personnes. Conséquemment, ce mémoire est une œuvre personnelle et tout originale par les recherches considérables de l'auteur. De plus, il témoigne de l'importance chaque jour croissante des études médicales à la Faculté de Lyon et en particulier dans le laboratoire de Médecine légale de cette institution. Ce mémoire est donc de ceux qu'on ne saurait trop signaler. — C. L. D.

REVUE DES JOURNAUX

Luxation de la cinquième vertèbre cervicale ; réduction ; guérison, par Ceely. — Le patient était tombé du haut d'une meule de foin, ce qui représente une hauteur de 20 à 30 pieds. Au moment où on l'examina, presque aussitôt l'accident, il était à peu près insensible, complètement paralysé des membres supérieurs et inférieurs ; la respiration présentait à un léger degré le type abdominal; les pupilles etaient égales et dilatées. Revenu un peu à lui, il accusait une violente douleur à la nuque, de l'engourdissement des bras

et des jambes, de la difficulté à respirer. Une heure après, la situation s'aggravait et la mort était imminente. Un examen plus approfondi faisait constater une proéminence anormale de l'apophyse épineuse de la cinquième vertèbre cervicale que le chirurgien pensa immédiatement à réduire. Pendant qu'un aide fixait la tête, il exerça une forte pression avec les pouces au niveau de la saillie, les autres doigts enserrant les clavicules ; la réduction s'opéra avec un bruit éclatant. Deux heures après cette heureuse manœuvre, le blessé qui s'était déjà trouvé soulagé sur l'instant, pouvait mouvoir ses bras et ses jambes ; sa guérison définitive était une affaire de quelques jours. (*The Lancet*, octobre 1882.) — R. L.

De la menstruation fétide ou bromoménorrhée, par Alf. WILTSHIRE. — Accident heureusement assez rare, qui, d'après Courty, peut précéder de quelques jours l'écoulement menstruel et l'annoncer. Il intervient sans aucun doute une suractivité des glandes muqueuses vulvaires, portée chez certaines espèces animales à un degré très développé, et qui est encore très manifeste chez les négresses et les femmes à cheveux roux. On trouve souvent la chlorose à l'origine de cette incommodité ; plus fréquemment encore, des états organiques de l'utérus, métrite, sténose du col, flexions, versions, etc., sur lesquels le traitement a plus de prise. Celui-ci est général et local : général, il s'inspire des indications de l'état constitutionnel ; localement, Wiltshire recommaude l'acide borique, phénique, la teinture d'iode, l'iodoforme en suspension dans l'essence d'eucalyptus, etc. Il n'est pas éloigné de penser que le coït pratiqué aux approches de la période menstruelle peut, dans ces cas, être suivi d'uréthrite pour le mari. Quelquefois la syphilis est encore en cause. (*Med. Times and Gaz.*, 1882, 4 novombre.) — R. L.

Dysentérie et abcès du foie, par Joseph FAYRER. — L'hépatite peut être consécutive à la dysentérie, par ce que du pus est absorbé à la surface des ulcérations par les veines mésaraïques. Cette forme est peut-être la plus grave. Mais la dysentérie, la malaria et l'hépatite sont aussi les produits indépendants d'une même cause pathogénique, climatique ou autre. Suit un tableau qui montre la fréquence relative de l'hépatite dans les possessions anglaises. La région de Madras a le plus grand nombre de cas et de décès. Puis viendrait le cap Sainte-Hélène et Malte. Mais pour ce qui concerne Malte, nous ferons remarquer que les soldats anglais qui servent de base à cette statistique, ont vraisemblablement contracté l'hépatite dans d'autres colonies, l'île présentant en réalité très peu de cas autochtones. (*The Lancet*, 20 mai 1883.) — R. L.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1884.

PARIS. — Actuellement le service des cholériques de l'hôpital Bichat ne contient plus de malades. D'autre part, il n'a été signalé aucun cas nouveau dans le milieu parisien.

DÉPARTEMENTS. — En province la diminution des cas et des décès fait espérer la fin prochaine de l'épidémie. Depuis huit jours on compte seulement 25 décès à Marseille, 14 à Toulon ou dans les environs, 7 dans l'*Ardèche*, 4 dans le département du *Gard*, 3 dans la *Haute-Garonne*, dont 1 à Toulouse et 2 à l'asile de Braqueville. Il est vrai que les décès ont été encore de 45 dans les *Pyrénées-Orientales*, du 18 au 24 septembre, et qu'on signale quelques cas et quatre décès dans le département de l'*Yonne*, sur la population de la commune des Noyers, localité d'où dépend le hameau déjà éprouvé de Puits-le-Bon.

Ainsi donc, le nombre des départements ayant des cas cholériques s'est abaissé de douze à sept depuis la semaine dernière; les décès et les cas nouveaux sont plus rares.

ETRANGER. — En *Italie*, tout en conservant sa malignité à Naples, l'épidémie y a fait moins de victimes. En effet, du 17 au 23 septembre on a enregistré dans tout le royaume une morbidité de 3,618 cas, dont 2,333 à Naples; et une mortalité de 1,912 décès, dont 1,422 à Naples.

En *Espagne* elle s'étend peu; pendant cette même période, d'après les renseignements officiels, la morbidité aurait été de 64 cas et la mortalité de 55 décès. — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Séance du 26 décembre 1883. — Présidence de M. FINOT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

La correspondante manuscrite comprend : Une lettre de candidature du docteur Beugnon, chirurgien-adjoint de l'hôpital de Melun, au titre de membre correspondant. M. Beugnon adresse à l'appui sa thèse sur l'*Ictère grave.*

La correspondance imprimée comprend : Un mémoire (en portugais) du docteur Moncorvo, membre correspondant, sur la *Dilatation de l'estomac chez les enfants ;* un travail du docteur Antoine Cros sur l'*Organographie plessimétrique ;* une *Note critique sur les principaux faits cliniques et anatomo-pathologiques qui ont servi à fonder la doctrine de l'existence du centre psycho-moteur dans l'écorce du pied de la troisième circonvolution frontale gauche,* par le docteur Bitot (de Bordeaux) ; quatre numéros de la *Revue médicale française et étrangère ;* la *Revue des sociétés de France et de l'étranger,* etc.

M. Huchard donne lecture de deux rapports, l'un sur la candidature du docteu Rœser, l'autre sur celle du docteur Leblond, au titre de membre titulaire. Ces deux rapports concluent à l'admission.

Les élections pour le renouvellement du bureau donnent la composition suivante pour l'année 1884 :

Président, M. Edouard Michel ; vice-président, M. Huchard ; secrétaires annuels, MM. Deniau et Tripet.

M. Huchard présente quelques considérations sur l'orchite diabétique à propos d'un cas de ce genre qu'il a observé. Ce qui caractérise, selon lui, cette forme d'orchite qui est plutôt une vaginalite qu'une orchite parenchymateuse, c'est son invasion brusque, ce sont ses poussées successives et sa guérison sans laisser de trace.

M. Bonnefoy demande qu'elle était la durée de chaque poussée.

M. Huchard répond que la durée moyenne était de un mois.

M. Reliquet a remarqué que les orchites des diabétiques suppurent avec beaucoup de facilité ; il a observé également que la gangrène survenait fréquemment.

M. Chateau parle de l'incertitude qui règne encore sur la pathogénie du diabète et fait des réserves sur la tendance générale qu'on a à admettre comme de nature diabétique toutes les affections que l'on observe chez les diabétiques, alors qu'il pourrait n'y avoir qu'une coïncidence.

M. Huchard dit que l'orchite diabétique n'est pas un symptôme, mais une complication du diabète.

— A la suite de scrutin ouvert sur leur candidature, MM. Rœser et Leblond sont déclarés membres titulaires de la Société.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, Dr Tripet.

VARIÉTÉS

LES TRAVAUX DU BUREAU D'HYGIÈNE DE REIMS EN 1883

Il y a deux ans, la municipalité rémoise organisait un bureau d'hygiène et en confiait la direction à M. le docteur Langlet. Dans le rapport annuel que publie notre estimé confrère, on peut juger de l'importance de cette institution et mesurer l'étendue des services rendus.

Je passe sur la météorologie, l'hydrographie et la topographie des égouts ou des voies publiques, pour interroger la démographie. La nuptialité a été à Reims de 8,14 p. 100 ; c'est un faible chiffre, il n'en est pas moins supérieur à celui de la nuptialité générale de la France. Il en est de même des naissances qui, en France, sont de 25,73 p. 1000 habitants, et à Reims de 32,29, de sorte que les Rémois ne se bornent pas à rechercher le mariage, mais bien aussi à le pratiquer. Il est vrai que le chiffre des naissances illégitimes surpasse de beaucoup celui de la moyenne nationale, puisqu'il s'élève à 42,29 au lieu de 13,20 pour 1,000 femmes mariables.

Les principales causes des décès rémois sont la diarrhée infantile, la phthisie, les maladies du cœur, la méningite, les affections pulmonaires, enfin le croup et la fièvre typhoïde. Parmi les 496 décédés d'athrepsie, 442 étaient nourris autrement qu'au sein.

L'établissement de la statistique de la morbidité par rues et par maison donne d'inté-

ressants détails sur la salubrité de la ville. D'une année à l'autre, on voit que ce sont les mêmes rues dont la mortalité est le plus élevée ou le plus faible. Il est évident que de tels renseignements sont de haute importance en temps d'épidémie.

Ce n'est pas tout; la démographie de la ville de Reims a été comparée à celle du département de la Marne. La natalité est plus élevée à Reims que dans les cantons ruraux; nouvelle preuve contre les mœurs bucoliques des campagnards, célébrées par les poètes, d'autant plus que la mortalité générale monte à un plus haut chiffre dans le chef-lieu que dans le département.

Ce serait une erreur de croire que le Bureau d'hygiène a limité ses travaux à ces relevés statistiques. Par son active intervention, il a provoqué la création d'un service d'inspection médicale des écoles ; il a obtenu la construction de dépôts mortuaires pour les décédés de maladies contagieuses ; l'ouverture au public d'une étuve à désinfection, etc. De plus, il a préparé l'organisation d'un service de désinfection et a fait pratiquer dans les locaux où on soignait des diphthériques et des rubéoleux, des essais de vaporisations phéniquées comme moyen prophylactique.

Au bureau d'hygiène est adjoint un laboratoire municipal de chimie, de sorte que la concentration de tous les services sanitaires est définitivement établie dans la ville de Reims. Puisse cet exemple trouver imitation dans d'autres villes et même succès auprès des municipalités ! — C. L. D.

FORMULAIRE

Collyre contre l'ophthalmie conjonctivale catarrhale. — Warlomont.

Nitrate d'argent cristallisé. . . . . 0 gr. 05 à 0 gr. 20 centigr.
Eau distillée. . . . . 30 grammes

Faites dissoudre. — En instillations dans l'œil, trois ou quatre fois par jour, contre l'hyperémie conjonctivale catarrhale, caractérisée par une vascularisation spéciale, par la turgescence du tissu conjonctival, et par une secrétion muqueuse plus ou moins abondante. Avant les instillations, on déterge la conjonctive au moyen de petits carrés de linge fin, qu'on jette au feu, pour éviter les chances de contagion.

Lorsque la muqueuse palpébrale est hypertrophiée, et qu'on désire agir plus énergiquement, on peut recourir au collyre suivant :

Nitrate d'argent cristallisé. . . . . 0 gr. 50 à 0 gr. 60 centigr.
Eau distillée. . . . . 30 grammes

On touche la muqueuse avec un pincau de blaireau imprégné de ce collyre, et on en neutralise l'excès avec un autre pinceau trempé dans de l'eau salée saturée. — N. G.

COURRIER

Concours. — Un concours pour la nomination à sept places vacantes d'interne titulaire en médecine dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine (Sainte-Anne, Villejuif, Ville-Évrard, Vaucluse et le dépôt des aliénés près la Préfecture de police) s'ouvrira le lundi 1er décembre 1884, à midi précis, à l'asile Sainte-Anne, rue Cabanis, n° 1.

Peuvent concourir tous les étudiants en médecine pourvus de douze inscriptions et âgés de moins de trente ans révolus le jour de l'ouverture du concours.

Les candidats devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, pavillon de Flore, aux Tuileries (bureau du personnel), tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le jeudi 30 octobre jusqu'au samedi 15 novembre 1884 inclusivement.

Asile public d'aliénés de Maréville. — En exécution de l'arrêté préfectoral du 5 juin 1882, approuvé par M. le ministre de l'intérieur, un concours public s'ouvrira le mardi 18 novembre 1884, à trois heures du soir, à la Faculté de médecine de Nancy, pour la nomination de deux internes à l'asile.

Sont admis à concourir : Les étudiants en médecine français ayant au moins douze inscriptions pour le doctorat.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

Humbles réflexions à propos du traitement des pleurésies

Si quelque Bossuet de la thérapeutique voulait écrire une *Histoire des variations* de cette science, — qui compte au moins autant d'*églises* que l'évêque de Meaux reprochait au protestantisme d'en avoir, — ce mortel audacieux pourrait avec avantage choisir comme exemple le traitement de la pleurésie.

Deux faits le frapperaient probablement, qui sont les suivants.

I

Tout d'abord, sans remonter jusqu'au déluge, — époque à laquelle, malgré les progrès de l'anthropologie préhistorique, nous ignorons encore comment Noé pouvait soigner l'équipage de son arche, — sans remonter même jusqu'à Hippocrate, comme croient trop souvent devoir le faire nos collègues en rédigeant l'historique d'une thèse confiée à leurs soins, et pour ne faire dater les choses que du XVIIe siècle, on ne peut manquer d'être frappé du despotisme avec lequel, à travers les vicissitudes de la mode, chacun des traitements de la pleurésie, usités tour à tour, s'est imposé aux médecins du même temps.

On a dit qu'à l'époque de Lycurgue il n'y avait à Sparte qu'une manière de faire la cuisine ; de même il semble que tous les praticiens de la même génération aient accepté docilement la thérapeutique alors en vigueur et emboité le pas derrière leurs maîtres avec une rare unanimité. Cette thérapeutique aura eu successivement pour pivots la saignée, les drastiques, les vésicatoires, la thoracentèse ; mais, en général, chacune de ces médications aura été, pendant sa période de vogue. presque exclusivement employée et indistinctement appliquée à tous les cas de pleurésie.

Il en a été ainsi jusqu'à la période contemporaine. Il n'y a pas plus de quarante ans, « trois hommes considérables de la médecine française, Bouillaud, Chomel et Louis, dit M. Peter (1), discutaient sur la question de savoir, *non pas si l'on devait saigner dans la pleurésie,* mais *comment et combien de fois* on devait tirer du sang. » On le voit, le principe n'était pas en question, mais seulement les nuances d'application.

Cependant voici que de nos jours un phénomène inverse s'offre aux réflexions de l'historien. « Que les temps sont changés !... » Voici que le désarroi s'est mis dans l'armée médicale au sujet du traitement de la pleurésie ; l'unanimité d'autrefois a fait place au conflit des opinions les plus opposées, — si bien que les jeunes gens, qui sont sur les bancs de l'école (formule consacrée, mais devenue inexacte ; car les bancs de l'école sont souvent peu garnis, et c'est autour des lits d'hôpital que se transmet aujourd'hui l'enseignement médical), les étudiants, disons-nous, entendant des maîtres également autorisés prononcer sur la valeur de telle ou telle méthode des verdicts radicalement contraires, se trouvent tout uniment dans la position de l'âne qui a immortalisé Buridan, docteur en scolastique.

Sans vouloir faire parade d'une érudition philosophique hors de saison, et seulement pour apaiser les étudiants qui pourraient prendre en mauvaise part notre comparaison, nous rappelons que ce Jean Buridan, disciple d'Occam et partisan de l'école nominaliste, avait imaginé, dit-on, vers

(1) *Clinique médicale*, t. I, p. 587.

l'an 1350, de démontrer par un argument familier ce qu'il appelait la liberté d'indifférence, et, supposant qu'un âne, également pressé par la faim et la soif, devait se trouver fort embarrassé pour choisir entre une mesure d'avoine et un seau d'eau, il demandait si l'animal ne resterait pas immobile entre les deux objets de sa convoitise.

De même ne se pourrait-il qu'un jeune docteur timide, ayant à soigner sa première pleurésie (c'est-à-dire une pleurésie chez son premier client), et se rappelant avec quels victorieux arguments les maîtres dont il a tour à tour respectueusement écouté les leçons, affirmaient l'efficacité qui des sangsues, qui de l'émétique, qui du vésicatoire et qui du trocart, finît par se décider pour l'abstention pure et simple, pour l'expectation... désarmée ?... Et voilà un disciple acquis, bien malgré lui, à une école plus nombreuse qu'on ne croit, « celle qui consiste à ne rien faire » (Peter) (1) — par peur de mal faire.

II

On nous accusera peut-être d'exagérer, de schématiser la situation par artifice littéraire : nous prions qu'on interroge, pour se convaincre de la vraisemblance de notre hypothèse, ceux de nos maîtres qui font passer les quatrième et cinquième examens de doctorat (ancien régime). Combien d'entre nous, interrogés sur le meilleur traitement d'une pleurésie, oseraient formuler avec conviction et avec assurance la moindre proposition, s'ils ne savaient pas au préalable quelles sont sur ce point de thérapeutique les opinions de l'examinateur qui est en face d'eux? — Et l'embarras du candidat s'accroît, s'il voit de l'autre côté du tapis vert, que froissent ses mains crispées par l'inquiétude, siéger côte à côte deux professeurs connus pour professer les opinions les plus opposées; le premier chaud partisan des émissions sanguines ou de la révulsion, le second aussi sceptique sur les unes que sur l'autre.

Pour ne parler que de la révulsion et du vésicatoire en particulier, il nous souvient d'avoir assisté à la soutenance d'une thèse, dans laquelle un élève de M. le professeur Peter avait exposé l'utilité de la révulsion; il s'agissait, à la vérité, du traitement des affections cardiaques; mais, comme le vésicatoire même fut en cause, l'exemple est aussi frappant que s'il se fût agi du traitement de la pleurésie. M. le professeur Brouardel, juge aussi de la thèse, s'éleva très nettement contre l'utilité de la révulsion en général et du vésicatoire en particulier; il le fit sans doute avec cette bonne grâce charmante, si fort appréciée des candidats, mais aussi avec cette verve spirituelle qui est si bien capable de ranger à son avis bien des gens à opinion flottante. Le procès fait au vésicatoire par son collègue, M. le professeur Peter consola son élève; de cette parole chaleureuse qui découle de la fermeté de sa conviction, il réhabilita le vésicatoire et, en levant la séance, pendant que le jeune docteur saluait ses juges avec l'embarras que nous donne en pareille occurrence l'inexpérience de la robe à grandes manches et du rabat, il conclut en lui disant : « Allez, mettez des vésicatoires à vos malades et vous les guérirez! »

Je n'oserais affirmer qu'à ce moment l'auteur de la thèse, tout à la joie de posséder enfin ce que Molière appelle *licentiam saignandi, purgandi.....* et (dans l'espèce) *vesicandi impunè per totam terram,* fût très affecté du désaccord qui régnait entre ses maîtres sur l'épineuse question du vésicatoires; mais j'imagine que la diversité de leurs opinions lui dut revenir en mémoire, et peut-être même faire trembler sa plume, lorsqu'il prescrivit pour la première fois à un client d'appliquer sur sa poitrine un vésicatoire volant de tant de centimètres..... En tout cas, quelques assistants, dont

(1) *Loco citato.*

nous étions, pouvaient sentir avec perplexité se réveiller dans leur mémoire certains aphorismes des maîtres les plus écoutés.

III

« Une fois la pleurésie parvenue à la période d'état, l'indication est d'obtenir la résorption du liquide le plus rapidement et le plus complètement possible; les applications répétées de larges vésicatoires volants ont *une incontestable utilité.* » (Jaccoud) (1).

« Les vésicatoires *n'ont qu'une médiocre utilité* dans le traitement de la pleurésie; que de malades qui ont eu trois, quatre et cinq vésicatoires dans le cours de leurs pleurésies, et qui ont été exposés aux complications de la cystite, de l'érysipèle et de l'éruption furonculaire, sans avoir retiré le moindre bénéfice de la médication vésicante! Je crois que les vésicatoires n'ont *aucune action efficace* sur les épanchements de la plèvre, et je m'abstiens de les prescrire. » (Dieulafoy) (2).

« Je crois que le vésicatoire, au début de la pleurésie, est un mode de traitement qui *peut donner souvent de bons résultats...* Aucune méthode ne me paraît mieux indiquée dans le traitement de l'épanchement séreux que cette médication révulsive, et je demanderai aux adversaires de l'application des révulsifs dans la pleurésie s'ils n'usent pas avec avantage de la révulsion dans les autres épanchements, et en particulier dans ceux des articulations ou du péricarde ; je ne sais pas pourquoi ce qui réussit bien dans l'hydarthrose ou dans la péricardite ne réussirait pas aussi dans la pleurésie. » (Dujardin-Beaumetz) (3).

Woillez (4) regrette, avec Fonssagrives, que l'emploi des mercuriaux ait été délaissé. — M. le professeur Jaccoud répond : « L'efficacité du calomel est illusoire (5). »

Enfin, M. le professeur G. Sée termine ainsi une de ses leçons : « Quant au traitement de la pleurésie, je n'ai pas besoin de m'étendre longuement sur ce sujet ; vous connaissez mon opinion sur les remèdes internes ; les diurétiques, la digitale, la diète lactée, rien ne réussit ; quant aux vésicatoires, personne n'en a jamais démontré l'utilité ; c'est la continuation de cette légende populaire qui croit faire sortir l'eau par le peau. Je ne connais qu'un seul moyen d'évacuer le liquide épanché dans la plèvre, c'est la thoracentèse (6). »

IV

Si nous avons ainsi juxtaposé des citations à ce point discordantes, ce n'est pas, nous prions qu'on veuille bien le croire, pour la fantaisie puérile et inconvenante de faire ressortir les contradictions de nos maîtres les plus éminents.

Que le désaccord règne entre les plus savants médecins d'une époque sur des questions importantes de thérapeutique, cela ne saurait surprendre que des personnes étrangères à la médecine ; mais n'est-il pas intéressant de se demander en pareil cas quel est le motif d'un désaccord aussi profond?

Or, l'incertitude, manifeste aujourd'hui parmi les praticiens sur le point qui nous occupe, doit tenir, croyons-nous, à ce que les progrès de la *clinique* ont fait passer à l'état de lettre morte le chapitre *pleurésie* des traités de *pathologie*. A mesure qu'on est entré plus avant dans l'étude clinique

(1) *Traité de pathologie interne*, 6e édition, t. II, p. 29.
(2) *Manuel de pathologie interne*, t. Ier, p. 165.
(3) *Leçons de clinique thérapeutique*, t. I, p. 569.
(4) *Traité des maladies aiguës des voies respiratoires.*
(5) *Loco citato.*
(6) *Union médicale*, 1882, p. 103.

des formes et des variétés de l'inflammation pleurale, la multiplicité des allures qu'on l'a vu affecter a rendu de plus en plus difficile l'établissement de règles thérapeutiques générales. Comment formuler une médication uniforme de la *pleurésie*, s'il n'y a que des *pleurétiques?* Telle méthode, qui réussit dans tel cas, doit échouer dans tel autre, et peut-être chaque auteur a-t-il eu le tort de trop généraliser.

M. le professeur G. Sée, lui, a donc eu raison de dire : « La pleurésie est une de ces maladies dont l'étude n'est jamais épuisée. Essentiellement variable dans ses causes, dans ses débuts, dans sa marche, dans ses symptômes, elle est pour le médecin une source sans cesse renouvelée de discussions, soit au point de vue de son diagnostic, soit au point de vue de son traitement. »

Puisqu'il en est ainsi, il doit être permis à un jeune homme, s'adressant aux jeunes comme lui, s'ils partagent l'embarras qu'il a ingénument avoué, d'exposer modestement quelles indications thérapeutiques lui paraissent se dégager avec le plus de netteté des conseils et des exemples de ses maîtres.

(A suivre.) Paul Le Gendre.

BIBLIOTHÈQUE

Traité théorique et pratique du massage, par le docteur Norstrom (de Stockholm). — Paris 1884, A. Delahaye et Lecrosnier.

Périodiquement on remet en honneur les médications en apparence les plus vulgaires ou les plus oubliées. C'est alors que, mieux étudiées, elles obtiennent les faveurs de l'opinion médicale, et, entre les mains habiles de savants médecins, la sanction du succès. Telles ont été les vicissitudes de l'histoire médico-chirurgicale du massage. En honneur dans l'antiquité, ces pratiques furent restaurées il y a trente ans par les médecins français; mais, depuis 1870, ells ont été de nouveau un peu trop oubliées dans leur patrie d'adoption. Pendant cette période, le massage trouvait en Hollande un ardent avocat, et autour de Mezger se formait une école pratique désormais célèbre, dont les élèves ont propagé depuis longtemps les idées et les procédés en Allemagne et dans les pays scandinaves. Voilà donc encore une conquête de la médecine française qui sera bientôt dénationalisée au profit de la science d'outre-Rhin, car le massage possède aujourd'hui de très nombreux partisans parmi les médecins allemands.

Le livre de M. Norstrom fait connaître les débuts de Mezger; les épisodes de son enseignement et l'esprit pratique de l'Ecole d'Amsterdam aujourd'hui fréquentée par beaucoup d'élèves. Il contient des indications sur le manuel opératoire de cette méthode thérapeutique, l'*effleurage,* la *friction*, le *pétrissage*, le *tapottement*; manœuvres toutes différentes dans les résultats qu'elles produisent et autrement simples que les manipulations bizares et compliquées qu'Estradère préconisait. De plus, on a voulu donner au massage l'appui de la physiologie, aussi l'auteur discute et expose avec détails les théories et les expériences des divers auteurs. Il s'arrête surtout aux tentatives expérimentales de Mosengeil (injections intra-articulaires d'encre de Chine). Quelle que soit la valeur de ces expériences, elles ne sont pas décisives, et dans l'étude physiologique encore à faire de la mécanothérapie, il faudrait tenir compte de la mise en jeu des propriétés du système nerveux, en dehors de l'action mécanique exercée sur les vaisseaux des régions soumises aux manipulations.

M. Norstron, s'est surtout attaché à déterminer les indications du massage et son manuel opératoire dans les arthropathies, les luxations, les maladies des os ou des muscles; toutes affections où les résultats obtenus plaident en faveur de cette méthode thérapeutique aujourd'hui trop délaissée ou bien abandonnée aux rebouteurs et aux empiriques.

Quant au traitement des maladies nerveuses par le massage, médication systématique qui nous revient actuellement d'Amérique avec une bruyante renommée, elle attend encore la confirmation de l'observation clinique. Le massage a été utile assurément contre certains états névropathiques; mais, de là à son emploi systématique, la distance est longue à franchir, même pour les plus enthousiastes.

M. Norstrom évite de toucher à la question du massage en gynécologie et en obstétrique. Des préventions sévères s'élèvent sur ce point dans l'esprit de nombreux médecins; souvent elles sont justifiées. Le livre de M. Norstrom mérite d'être lu par nos compatriotes trop disposés à se désintéresser de cette question. Peut-être aussi contribuera-t-il à remettre le massage en honneur dans sa première patrie. En tout cas, l'ouvrage actuel, bien qu'écrit par un étranger, y aura contribué. A ce point de vue, M. Norstrom a droit à nos remerciements. — C. Eloy.

Etude clinique et expérimentale sur l'acétonémie, par M. le docteur de Gennes. Paris, 1884; O. Doin.

L'une des terminaisons fréquentes du diabète est la mort par empoisonnement acétonémique. Voilà un point de pathologie qui, malgré les travaux de Kussmaull et de M. Lécorché, méritait d'être justifié par l'observation des malades et par l'expérimentation sur les animaux. Tel a été l'objet des recherches de M. de Gennes dont la thèse inaugurale fait connaître les résultats.

La partie médicale de ce mémoire donne la symptomatologie, l'anatomie pathologique et le traitement de l'acétonémie, et à ce propos il entre dans de nombreux détails sur les causes occasionnelles du coma diabétique.

Mais la partie physiologique est plus originale; elle expose le résumé des phénomènes provoqués chez les animaux par l'injection de l'acétone sous la peau. Ici en effet, M. de Gennes a produit l'acétonémie expérimentale du cobaye et du lapin, avec l'appareil symptomatique du coma diabétique. Ici aussi l'intensité et l'évolution des accidents étaient en rapport direct avec la quantité d'acétone introduite dans l'organisme. Ils consistaient dans l'agitation, l'ivresse, l'impotence musculaire, le coma, un type respiratoire analogue à celui des diabétiques, l'hypothermie, enfin l'odeur caractéristique de l'air expiré. Après cela, il ne subsiste guère de doute sur l'origine de l'acétonémie des diabétiques. Cependant M. de Gennes réfute avec soin les objections des adversaires de cette théorie, objections dont M. Dreyfous a donné un résumé complet dans sa thèse.

Au double point de vue clinique et expérimental, ce mémoire est d'un intérêt actuel. Reste une objection physiologique : c'est sur les animaux artificiellement glycosuriques qu'il faudrait produire l'acétonémie, la démonstration serait alors complète. Voilà une nouvelle série d'expériences dignes d'être tentées par M. de Gennes ou d'autres observateurs ses émules. — C. L. D.

Manuel du laboratoire de physiologie, par Burdon Sanderson, Michael Forster et Landur Brunton, traduit de l'anglais par M. G. *Moquin-Tandon.* — Paris, Félix Alcan, 1884.

Ce livre manquait assurément à notre littérature médicale ; l'étudiant qui veut étudier la physiologie, le médecin, désireux de pratiquer la pathologie ou la thérapeutique expérimentales, ne possédaient pas de guide écrit pour diriger leurs recherches. Le manuel des trois professeurs des Universités de Londres et de Cambridge prend donc place dans le laboratoire, comme le manuel de dissection a pris place dans les amphithéâtres d'anatomie.

Cet ouvrage d'ailleurs n'est pas un livre de doctrine ; les auteurs ont omis toutes les questions de controverses, toutes les expériences discutables ou demandant vérification avant d'avoir droit de cité dans la science classique. Par contre, le manuel opératoire de la physiologie expérimentale est complet. De nombreuses figures facilitent l'intelligence du texte et permettent aux plus novices de se diriger avec facilité dans l'art de l'expérimentation.

La première partie a été écrite par M. Burdon Sanderson et fait connaître : les *propriétés physiologiques du sang*, le *mécanisme de la circulation et de la respiration ;* elle se termine par un important chapitre de *calorimétrie* et de *thermométrie.* Dans la deuxième partie, M. Forster consacre seize chapitres aux *fonctions des muscles, des nerfs et de l'encéphale.* Enfin dans la dernière partie, M. Landur Brunton expose la *technique physiologique de la digestion et des sécrétions*, les *propriétés des substances albuminoïdes* et résume au point de vue expérimental la *chimie des tissus.*

Ce manuel prendra place dans la bibliothèque de tous les laboratoires de physiologie et de chimie médicales, à côté des livres de pure science qu'il complète, mais ne peut remplacer. On doit donc remercier M. Moquin-Tandon de cette traduction si opportune.

C. L. D.

Sur quelques troubles vaso-moteurs et sécrétoires de l'ataxie locomotrice progressive, par M. le docteur Pitres. — Bordeaux, 1884.

Cette brochure est une contribution à l'étude récente des phénomènes vaso-moteurs du tabès, et la confirmation des observations de MM. Straus, Lépine, Pierret, Ollivier et autres.

M. Pitres rapporte deux cas dans lesquels il a vu des taches ecchymotiques après des crises douloureuses; un cas où il existait une hyperidrose cutanée locale, un autre où la gastralgie s'accompagnait de gastrorrhée; enfin une cinquième observation où il mentionne des crises de sialorrhée.

Au point de vue diagnostique, M. Pitres a remarqué la précocité de ces phénomènes qui peuvent se montrer avant l'apparition des troubles de coordination motrice, c'est-à-dire avant la période d'ataxie confirmée.

Ce mémoire présente donc un réel intérêt clinique parce qu'il contrôle heureusement des faits signalés récemment et que si la précocité de ces symptômes était définitivement établie, leur constatation serait utile dans le diagnostic souvent hésitant du début de l'ataxie. — C. E.

De l'hydrothérapie dans la broncho-pneumonie des enfants, par le docteur Pierre Lacour. — Paris, 1884 ; Delahaye et Lecrosnier.

Ce mémoire inaugural, inspiré par M. Colrat (de Lyon), a pour but de démontrer l'efficacité du traitement hydrothérapique de la broncho-pneumonie infantile, contre laquelle, comme le montrent les statistiques, les autres médications sont trop souvent impuissantes. L'hydrothérapie répondrait aux indications thérapeutiques formulées par tous les auteurs, en provoquant des mouvements respiratoires puissants susceptibles de désobstruer les bronches, en abaissant la température, en réveillant les fonctions digestives et conséquemment en favorisant indirectement la nutrition.

Le maillot humide serait préférable au bain froid chez les jeunes enfants de 1 à 2 ans. Il est vrai que ce moyen ne possède qu'une action antithermique inférieure à celle que produit le bain, mais, en revanche, il est moins violent.

Les contre-indications de l'hydrothérapie sont les suivantes : mauvais état général, torpeur, refroidissement et cyanose des extrémités, malgré l'élévation de la température centrale, tous accidents asphyxiques et prodromiques du collapsus. Dans une série de 19 malades qui ont été traités par les procédés hydriatiques, 17 étaient âgés de moins de 2 ans ; les deux autres avaient deux ans et demi ou trois ans. Le nombre des guérisons a été de 8 ; mais, parmi les décédés, six étaient atteints de broncho-pneumonies morbilleuses, un de gangrène pulmonaire, un autre de pleurésie, et le troisième d'athrepsie. Sept de ceux qui guérirent étaient atteints de broncho-pneumonies consécutives à des bronchites et, chez un seul, à une coqueluche. Ces résultats sont moins heureux que les succès obtenus par Ziemssen et Steffen. Quel que soit l'avenir de cette méthode thérapeutique, la thèse de M. Lacour est intéressante à titre de document clinique sur cette question encore ouverte et discutée. — C. E.

REVUE DES JOURNAUX

Le chlorhydrate de péreirine contre la fièvre intermittente, par Clémente Ferreira (de Rezinde). — Dans un intéressant mémoire sur la valeur thérapeutique de certaines substances de la matière médicale brésilienne, l'auteur fait connaître le succès qu'il a obtenu de l'emploi du chlorhydrate de péreira dans un cas de manifestations paludéennes rebelles à la quinine.

Il propose, dans les cas semblables qui sont fréquents dans certaines conditions climatologiques, d'administrer le sel de péreira à la dose quotidienne de 2 grammes. On peut répéter cette dose dans les cas de manifestations aiguës d'impaludisme. — « *Uniao medica*, juin 1884.» — Il serait désirable que ce médicament fût l'objet de recherches confirmatives des remarques de notre estimé confrère du Brésil. La flore médicale du Nouveau-Monde est riche en espèces médicales dont la réputation dans leurs pays d'origine a besoin de subir le contrôle de la médecine expérimentale. C'est donc avec raison que nous nous associons aux regrets qu'exprime M. Ferreira de voir les thérapeutistes de l'ancien continent ne pas tenir un compte suffisant de ces données. — C. E.

Des effets de l'administration prolongée des bromures contre l'épilepsie, par H. Bennet. — Trois cents cas d'épilepsie ont été traités par les bromures de potassium et d'ammonium. Dans 12,1 p. 100 les attaques furent arrêtées ; dans 83,3 p. 100 elles diminuèrent en nombre et en intensité ; dans 2,3 p. 100 ; elles ne furent pas modifiées ; enfin dans 23 p. 100 elles augmentèrent de fréquence. La dose thérapeutique totale minima était de 15 gr. de l'un et de l'autre bromure.

L'emploi prolongé de cette médication pendant six années n'a donné lieu à aucun accident chez quatre malades. D'ailleurs la tendance aux accidents du bromisme s'amoindrit par l'usage continuel de ces agents thérapeutiques, d'autant plus que la tolérance des malades est plus grande que celle des individus en état de santé. (*The Brit. med. Journ.*, 17 mai 1884.) — C. L. D.

Le rhumatisme musculaire, par M. Laramée. — Tel a été le sujet d'une intéressante conférence de notre distingué confrère de Montréal, sur cette affection fréquente dans tous les pays, mais vulgaire au Canada plus que partout ailleurs à cause de l'instabilité du climat. M. Laramée a surtout insisté sur l'intervention thérapeutique : révulsion par les sinapismes pour calmer la douleur de l'attaque ; au besoin, injection hypodermique de morphine si le premier moyen est insuffisant, enfin salicylate de soude et alcalins dans les formes chroniques.

Telle est l'économie de ce traitement. Les bains sulfureux, l'iodure de potassium, les bains de vapeur, l'huile de croton, les injections sous-cutanées de pilocarpine, le baume de propylamine, les frictions sèches, le coton iodé, l'électricité, peuvent encore être utiles.

Enfin, l'importance du traitement hygiénique n'est plus à démontrer. (*Union médicale du Canada*, p. 248, juin 1884.) — C. L. D.

Paralysie réflexe de cause utérine, par Gomez Torrez. — Quand cet observateur vit la malade, la paralysie et l'atrophie des membres supérieurs dataient de plusieurs mois. La marche avait été croissante, en même temps que celle de l'atrophie. On essaya en vain de tous les traitements. Cette femme fut examinée et on constata l'existence d'une métrite parenchymateuse avec une ulcération du col de l'utérus. Celles-ci furent traitées et leur guérison s'accompagna de la cessation de la paralysie, du retour de la motilité et de la disparition de l'atrophie musculaire. (*El Dictamen*, 20 mai 1884 et *the N.-Y. med. Rec.*, 5 juillet 1884, p. 12.) — C. L. D.

De l'emploi du nitrite d'amyle dans l'empoisonnement par l'opium, par W. L. Johnson. — Le malade avait absorbé deux onces de laudanum et présentait tous les symptômes du narcotisme : coma, ralentissement et petitesse du pouls, six respirations seulement à la minute, algidité et cyanose. La belladone échoua ainsi que les autres médications. On pratiqua alors des inhalations de nitrite d'amyle qui furent suivies d'une amélioration immédiate. Par leur continuation, les accidents cessèrent et le malade fut guéri. (*Texas Courier Record*, mai 1884 et *the N.-Y. med. Journal*, 5 juillet 1884.) — C. L. D.

Propriété thérapeutique de la jamaica Dogword, par M. Ziteke. — L'extrait de cette plante a été employé chez trois malades à titre de sédatif et d'hypnotique, pour remplacer l'opium. Le premier cas était celui d'un individu atteint d'insuffisance valvulaire avec hypertrophie cardiaque, albuminurie et anasarque. La belladone et le bromure de potassium étant impuissants à amener le sommeil, on fit usage de l'extrait de jamaica à la dose de 10 gouttes administrées trois fois par jour, en même temps que la digitale. L'insomnie disparut et les troubles asystoliques diminuèrent. Dans la seconde observation il s'agissait d'une affection douloureuse du foie où les effets calmants de ce médicament furent aussi heureux. Le troisième malade avait un rhumatisme articulaire aigu et l'association de la jamaica au salicylate produisit une diminution des douleurs que la morphine et la quinine n'avaient pu vaincre. — (*The therap. Gazette*, Avril 1884, p. 159.) C. L. D.

L'euphorbia pilulifera contre les affections respiratoires, par M. Bancroft. — Ce médecin a fait usage de ce médicament pour combattre un catarrhe bronchique chronique dont il était atteint. D'autre part, M. Matheson (du Queensland) l'a employé dans quatre cas d'asthme dont l'un était compliqué de bronchite. De plus, cette plante ne posséderait pas seulement des propriétés antispasmodiques, elle serait aussi tonique et légèrement narcotique. Cependant, on a confondu souvent avec elles une espèce voisine, l'*euphorbia parviflora*, dont les vertus médicinales sont moins bien établies. L'auteur n'hésite pas d'attribuer à cette confusion l'incertitude des résultats obtenus. (*The Therapeutic Gaz.* p. 191. Avril 1884.) — C. L. D.

L'asthme des foins et son traitement, par C.-E. Sajous. — Les conclusions de ce mémoire, qui a été discuté dans la séance du 14 mai 1884 de l'Association laryngoscopique américaine, sont les suivantes : 1° une idiosyncrasie accompagnée d'hyperesthésie de la pituitaire des cornets antérieur et moyen des fosses nasales, de leur méat moyen et de leur orifice antérieur sont les conditions dans lesquelles se manifeste l'influence de certaines poussières irritantes ou odorantes. — 2° Une lésion organique de ces parties peut faire disparaître les accidents en supprimant leur cause, mais la galvano-caustique employée dans ce but n'est exempte ni de dangers, ni d'inconvénients. (*Boston med. and Surg. Journal*, 29 mai 1884.) — Cette opinion est en désaccord avec celle des compatriotes de M. Sajous, qui considèrent l'asthme des foins comme un catarrhe nasal et le traitent par la cautérisation ignée de la pituitaire. — C. L. D.

Traitement du spina bifida par les injections iodo-glycérinées, par M. Moncorvo (de Rio-de-Janeiro). — L'enfant qui a été l'occasion de ce mémoire avait une tumeur spinale de la région sacro-lombaire. On essaya d'abord de la compression méthodique. Celle-ci étant insuffisante, notre savant confrère intervint chirurgicalement d'après la méthode de James Morton (de Londres). L'enfant fut soumis à la chloroformisation ; au moyen d'un trocart, on pratiqua l'extraction de 3 centimètres cubes du liquide, puis on injecta 2 centimètres cubes d'une solution ainsi formulée : *glycérine*, 80 grammes ; *teinture d'iode*, 0,50 centigrammes et *iodure de potassium*, 1 gr. 50. Une compression méthodique au moyen du collodion riciné et de l'ouate phéniquée fut exercée sur la tumeur. Cinq jours plus tard, l'enfant mourut d'accidents fébriles et convulsifs.

La méthode employée par M. Morton a souvent réussi et l'insuccès de ce premier cas ainsi opéré au Brésil ne doit pas la faire condamner. Telle est du moins l'opinion autorisée du laborieux professeur de clinique infantile de Rio-de-Janeiro. (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance.* Février 1884.) — C. L. D.

Les injections intra-vasculaires d'eau salée, par M. Roux. — Elles ont pour objet de remplacer la transfusion. Schwartz (de Halle) en a fixé le manuel opératoire, Bischoff en a fait l'essai, et il a donné une explication théorique de leur action thérapeutique. Suivant les idées de Goltz, c'est la disproportion entre la capacité totale du système vasculaire et la quantité du sang contenu qui cause la mort. Les injections d'eau salée, en augmentant le contenu des vaisseaux, suffiraient donc pour prévenir ces dangers.

La solution employée contient 6 pour 1000 de sel marin. Elle est alcalinisée par le carbonate de soude ou la soude caustique, et la quantité à injecter varie, chez l'homme, entre 450 grammes et 1,500 grammes ; le lieu d'élection est l'artère radiale, et, depuis l'accident arrivé à Kummel, le bout central de la veine médiane. L'imminence de la mort après des pertes de sang, le collapsus grave, l'anémie aiguë motivent l'emploi de ce procédé thérapeutique.

A l'appui des conclusions de son mémoire, M. Roux signale des observations où les résultats ont été des plus encourageants. (*Revue méd. de la Suisse romande.* Avril 1884.)

C. L. D.

Du traitement de la fièvre des foins, par Allen. — D'après l'auteur, l'asthme des foins est d'origine nasale et a pour cause l'obstruction des fosses nasales, le plus souvent produite par la dilatation des vaisseaux sanguins. Cependant, il existe aussi des cas dans lesquels on peut faire intervenir des influences mentales, l'hystérie par exemple.

De là deux indications thérapeutiques : 1° quand il est possible de le faire, supprimer la cause d'obstruction des cavités nasales ; 2° soigner l'affection des fosses nasales, de telle sorte que ce traitement soit poursuivi aussi bien pendant les attaques de l'hay fever qu'au moment où elles se manifestent. (*American Journ. of med. science*, janvier 1884.) — C. L. D.

Du traitement des névralgies périphériques par l'acide osmique, par Eulenberg. — Au moyen d'injections hypodermiques de la solution d'acide osmique à 1 p. 100, l'auteur a traité douze cas de névralgies trigéminées, occipitales, brachiales, intercostales, sciatiques, lombo-sacrées ou bien des névralgies multiples. Les injections pratiquées *loco dolenti* étaient répétées de trois à quatorze fois ; le traitement durait deux septenaires, et enfin la dose était de 5 centigrammes. Ces résultats sont médiocres, puisque trois cas seulement ont été guéris. (*Centralblatt f. klin. med.*, 19 avril 1884.) — C. L. D.

THÉRAPEUTIQUE

UN NOUVEL ANTISEPTIQUE

L'ASEPTOL

Ou Acide orthoxyphénylsulfureux.

I

En raison du rôle bien connu des ferments, germes, miasmes et microbes dans la plupart des maladies, l'étude des produits antiseptiques et désinfectants présente un intérêt tout particulier en médecine.

Depuis quelque temps, l'attention du monde médical est vivement attirée vers un composé nouveau de la série aromatique : c'est l'*acide orthoxyphénylsulfureux* auquel ceux qui l'ont introduit dans la thérapeutique ont donné la dénomination pratique d'*Aseptol.*

L'Aseptol est un corps parfaitement défini, analogue à l'acide salicylique, auquel il est parallèle comme structure moléculaire.

Sa formule est.................... C^6H^4, OH(1), SO^2OH(2).
Celle de l'acide salicylique étant.... C_6H_4, OH(1), COOH(2).

Ainsi que l'indique cette constitution chimique, l'Aseptol est un phénol acide. Et c'est précisément cette acidité qui lui permet de saturer les bases ammoniacales faisant toujours partie des ferments de la putréfaction.

L'Aseptol se présente sous la forme d'un liquide sirupeux de couleur ambrée, d'une densité de 1,400. Il a une légère odeur caractéristique, mais non désagréable et pernicieuse comme celle de l'acide phénique. Il cristallise à 8° présentant alors une belle masse cristalline, et distille à 130°. Avec le perchlorure de fer, l'Aseptol se comporte comme l'acide salicylique en donnant la coloration violette caractéristique. Fondu avec de la potasse, il donne de la pyrocatéchine, de la résorcine et de l'hydroquinone.

II

C'est l'an dernier, en Belgique et en Hollande, que l'Aseptol a été employé pour la première fois d'une façon courante en médecine et en chirurgie; et le parfait succès, les excellents résultats de son emploi en toutes circonstances l'ont fait entièrement substituer à l'acide phénique.

Il est vrai que la commodité de son emploi et son innocuité lui assuraient aussitôt sur l'acide phénique une supériorité bien évidente.

Dans un récent mémoire présenté à la Société de biologie (juin 1884), M. Ferdinand Vigier étudie également les propriétés antifermentescibles et antiseptiques de l'acide orthoxyphénylsulfureux. Le travail de ce savant pharmacien, travail véritablement intéressant, est absolument concluant en faveur des remarquables propriétés du nouveau produit.

Toutes les expériences faites par M. Vigier ont eu lieu au laboratoire de physiologie de l'Ecole de médecine, sous la direction du docteur Laborde, et présentent un cachet de garantie indiscutable. Il serait trop long de relater ici les expériences de toute sorte de M. F. Vigier; quelques-unes cependant présentent un grand intérêt.

Ainsi, il a pu faire absorber par l'estomac, à un petit chien du poids de *sept kilogrammes*, la dose énorme de *sept grammes cinquante* du produit, sans que l'animal présentât le moindre trouble appréciable. Or, l'acide phénique, à des doses trois fois moindres, produit des convulsions violentes, avec perturbations graves bientôt suivies de mort.

Les conclusions de M. F. Vigier, pour démontrer l'action antiseptique, antiputride et antifermentescible de l'acide orthoxyphénylsulfureux, sont fort nettement établies. Son travail n'a fait, du reste, que confirmer d'autres travaux publiés ailleurs (voir *Journal de pharmacie d'Anvers*, février 1884, *Répertoire de pharmacie*, juin 1884, etc...), et dont la conclusion, également basée sur des faits (1), pouvait se résumer en ceci :

(1) M. Gerraerts, chimiste distingué, écrivait (septembre 1883) : « Voici, à propos de l'Aseptol, les expériences que j'ai pu faire moi-même : Une urine, mise en contact avec l'Aseptol pendant vingt jours, ne m'a annoncé après ce laps de temps aucune produc-

que « l'acide phénique et l'acide salicylique n'ont plus aucune raison d'être en face de l'acide orthoxyphénylsulfureux ou Aseptol. » Quant à la dénomination de *sulfo-carbol* que M. F. Vigier applique à l'acide orthoxyphénylsulfureux, nous lui préférons celle d'*Aseptol*, sous lequel il est connu et employé depuis déjà un certain temps.

III

Mais, au point de vue thérapeutique, nous devons fournir ici quelques renseignements positifs concernant l'acide orthoxyphénylsulfureux que nous appellerons désormais et exclusivement Aseptol.

En novembre dernier, les docteurs Leroy et van den Schrieck, savants praticiens d'Anvers, ont étudié ensemble l'Aseptol dans ses diverses applications thérapeutiques, et voici ce qu'ils en écrivaient alors : « Nous avons voulu mettre à l'essai l'Aseptol comme liquide de pansement, et, sans vouloir mettre *hic et nunc* l'Aseptol au-dessus des antiseptiques qui ont fait leurs preuves, nous déclarons volontiers que ce nouveau produit jouit de propriétés antiseptiques très énergiques et possède, en outre, des vertus précieuses qui font défaut à la plupart des antiseptiques employés. . . . . . .

« . . . . . Dans les pansements d'ulcères anciens, trajets fistuleux, cavités purulentes, il a produit des résultats entièrement satisfaisants.

« Dans certaines affections oculaires, telles que : ulcères de la cornée, blépharites ciliaires rebelles, conjonctivites purulentes, son action a également été très favorable. . . . .

« . . . . . En somme, les propriétés antiseptiques de l'Aseptol nous semblent suffisamment bien établies.

« Certaines qualités de l'Aseptol, à propriétés antiseptiques supposées égales, doivent le faire préférer à ses rivaux aînés :

« 1° C'est d'abord sa grande solubilité dans l'eau, qualité précieuse qui fait malheureusement défaut à la plupart des agents antiseptiques énergiques : acides salicylique, borique, phénique.

« 2° C'est ensuite son peu de causticité, en comparaison de celle de l'acide phénique.

« 3° L'absence d'irritation tenant à son emploi, même prolongé sur la peau et sur des organes très sensibles, comme les yeux, la vessie, les cavités nasales.

« 4° Enfin, son peu de toxicité qui en permet l'emploi interne à doses assez élevées, et qui nous permettrait de l'employer en solution assez concentrée dans les cas de diphthérie pharyngienne et laryngienne. »

Le docteur Janssens écrivait également :

« Un nouveau médicament est entré depuis quelque temps dans le monde médical, et cet agent donne, me semble-t-il, des résultats tellement étonnants que je considère comme un devoir de me joindre à plusieurs confrères et de préconiser l'emploi de l'Aseptol. . . . . . . » (Suivent plusieurs observations.)

(*La fin à jeudi.*) E. Transer.

tion de fermentation et j'ai retrouvé son urée intacte, tandis que l'acide salicylique m'a donné un résultat tout opposé. De l'eau de rivière exposée en plein air à la température de 20°, où j'avais introduit 2 grammes d'Aseptol pour un litre, après quinze jours environ, n'a accusé à sa surface ni moisissure, ni produit de décomposition. Or, dans tous les autres cas, ceci se produit après un maximum de deux jours d'exposition. Il en a été de même pour de la viande, du poisson, de la bière, qui, en présence d'une solution d'Aseptol, n'ont éprouvé aucun changement anormal.

VARIÉTÉS

LE SERVICE DES SECOURS PUBLICS ET LES AMBULANCES URBAINES

Pendant l'année 1883, 759 personnes ont été victimes d'accidents sur la voie publique. D'après la statistique officielle, elles ont reçu pour la plupart les soins des agents de la préfecture de police. Voici quelle était la nature des accidents dont elles étaient atteintes : plaies et contusions, 423; fractures et luxations, 40 ; brûlures, 3; attaques d'épilepsie, 31; alcoolisme aigu, 5; asphyxie par un éboulement, 1; accouchement dans les postes, 3; indispositions et maladies diverses, 59; enfin, submersions, 192.

A l'exception des cas de submersion dont 182 ont été soignés dans les pavillons instal-

.és sur les bords de la Seine et des canaux, tous les autres ont été secourus sur la voie publique ou dans les postes. Mais cette statistique serait incomplète, si on passait sous silence les accidents d'atelier ou de fabrique. Le nombre total, ainsi modifié, des accidents survenus dans Paris, pendant l'année dernière, s'élève à 3,109.

Ce chiffre témoigne à coup sûr en faveur de la nécessité d'une réorganisation du service des secours publics.

Deux projets ont été discussion ; mais l'exécution de l'un ou de l'autre n'a jamais été mise en pratique. Les uns réclament, on le sait, la création d'ambulances urbaines, à l'instar de celles de New-York et des grandes cités américaines. L'avocat infatigable de ce projet, le docteur Nachtel, a demandé approbation de son projet à l'Académie de médecine et trouvé des appuis auprès du précédent conseil municipal. Dans une brochure récente, sur *l'Organisation à Paris d'ambulances urbaines*, il sollicite à nouveau l'installation immédiate, et à titre d'essai, d'ambulances à l'hôpital Saint-Antoine et à l'hôpital Lariboisière, ambulances possédant des médecins toujours disponibles, des voitures dont il donne un modèle emprunté aux fabricants américains et un réseau télégraphique spécial.

Le projet de M. Voisin est tout autre ; il ne divise pas la ville en circonscriptions hospitalières. Il a pour objet l'établissement de locaux appropriés pour les voitures, les chevaux et l'ambulance auprès de chaque poste central de police des vingt arrondissements, leur réunion avec les postes des quartiers et des poteaux avertisseurs placés dans les rues par un réseau télégraphique spécial ; enfin le fonctionnement du service par quatre médecins titulaires et deux médecins adjoints dans chaque arrondissement. Deux de ces médecins devront toujours se trouver dans le poste central et répondre aux appels d'alarme. L'économie de ce système, — qui n'est guère économique pécuniairement —, consiste à conserver l'organisation actuelle de la préfecture de police et à ne pas faire intervenir l'Assistance publique dans une question municipale. D'autre part, dans le projet beaucoup moins dispendieux de M. Natchel, le service serait assuré soit par des internes, ce qui me semble difficile à cause de leurs devoirs professionnels et de leurs travaux, soit par des médecins résidant à poste fixe dans les hôpitaux ; autre question de nature à soulever, ce me semble, de graves difficultés.

En tout cas, peu importe la solution adoptée ; les efforts de M. Natchel méritent encouragement et approbation.

Jusqu'à présent, ces encouragements ont été platoniques et se bornent à des félicitations officielles. M'est avis que l'édilité parisienne n'est guère empressée à mettre à exécution ces réformes sur l'urgence desquelles tout le monde semblait d'accord. Il est vrai que dans tout cela il y a peut-être conflits de pouvoirs, question même d'autonomie communale, à moins qu'il ne s'agisse de compétitions de fonctionnaires. Tout cela se voit et s'est vu. En attendant, les accidents sont nombreux, les blessés manquent souvent de soins éclairés, les choses restent en l'état. Ailleurs on s'en étonnerait ; mais à Paris ce serait naïveté. Il ne faudrait pas avoir une longue expérience de notre édilité parisienne pour en douter un seul instant! — C. L. D.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 19 au 25 septembre 1884. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 922. — Fièvre typhoïde, 42. — Variole, 2. — Rougeole, 19. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 9. — Diphthérie, croup, 20. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 3. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. aiguë), 37. — Phthisie pulmonaire, 201. — Autres tuberculoses, 14. — Autres affections générales, 67. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 43. — Bronchite aiguë, 11. — Pneumonie, 41. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 66 ; au sein et mixte, 34 inconnues, 8. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 72 ; circulatoire, 50 ; respiratoire, 43 ; digestif, 55 ; génito-urinaire, 26 ; de la peau et du tissu lamineux, 6 ; des os, articulat. et muscles, 10. — Morts violentes, 34 — Causes non classées, 3.

Le service de Statistique municipale a compté, pendant la semaine actuelle, 922 décès au lieu de 968 qui avaient été enregistrés la semaine précédente.

La mortalité continue donc à être très faible à Paris ; le chiffre actuel est le moins élevé qui ait été enregistré depuis le commencement de l'année. Tous les âges profitent de cet abaissement de la mortalité, mais surtout les adultes. La mortalité des enfants, quoique en voie d'abaissement (162 décè de 0 à 1 an au lieu de 169), se ressent encore des chaleurs de la semaine dernière, qui ont causé de nombreux cas de Gastro-entérite

infantile. Si la température modérée dont nous jouissons actuellement se maintient, il est probable que la semaine prochaine sera plus favorable encore.

La comparaison des chiffres des dernières semaines fait ressortir les conclusions suivantes :

La Fièvre typhoïde se maintient à un chiffre élevé (42 décès au lieu de 46 la semaine dernière), ce qui, d'ailleurs, ne saurait surprendre beaucoup à cette époque de l'année. Il est remarquable que cette fièvre est surtout répandue dans les quartiers du nord et de l'est de Paris. Le quartier des Batignolles compte 4 décès; les Epinettes 1 décès; l'arrondissement des Buttes-Chaumont 3 décès : l'arrondissement de Ménilmontant, ordinairement réfractaire à la fièvre typhoïde, 4 décès, répartis dans chacun de ses quatre quartiers ; l'arrondissement de Popincourt, contigu aux deux précédents, 4 décès, répartis dans chacun de ses quatre quartiers.

La Rougeole (19 décès au lieu de 21) et la Diphtérie (20 décès au lieu de 23) n'ont subi que des variations sans importance et font assez peu de victimes ; la Variole (2 décès au lieu de 1), la Scarlatine (3 décès au lieu de 2) et la Coqueluche (9 décès au lieu de 8) continuent à être rares.

L'Athrepsie (gastro-entérite des jeunes enfants) a causé 108 décès au lieu de 104 survenus la semaine dernière. Il y a donc une légère augmentation que les chaleurs de la semaine dernière faisaient prévoir et qui aurait été sans doute plus grande si la température ne s'était rafraîchie depuis quelques jours.

Le service de Statistique a reçu avis d'un décès survenu dans un hôpital par suite de « choléra sporadique » d'après le diagnostic du médecin traitant.

Il s'agit d'un palefrenier âgé de 54 ans et habitant le quartier des Epinettes.

Le service de Statistique a reçu notification de 378 mariages et de 1,205 naissances d'enfants vivants (635 garçons et 570 filles) dont 851 légitimes et 354 illégitimes ; parmi ces derniers, 57 ont été reconnus par l'un des parents ou par les deux.

Dr Jacques BERTILLON.
Chef des Travaux de la Statistique municipale de la Ville de Paris.

FORMULAIRE

ELIXIR DENTIFRICE ANTIPUTRIDE. — J. Redier.

Acide phénique pur.	3	grammes
Essence de citron.	3	—
Essence de menthe..	5	—
Alcool à 60°.	1000	—

Faites dissoudre. — Quelques gouttes dans l'eau, pour rincer la bouche, plusieurs fois par jour, quand il existe de la fétidité de la cavité buccale, avec ou sans lésion appréciable.

On peut employer dans le même but, une solution de permanganate de potasse contenant 5 grammes de ce sel pour 1000 grammes d'eau distillée. — N. G.

COURRIER

CONCOURS. — Le Concours ouvert pour une place de chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris s'est terminé par la nomination de M. le docteur H. Gilson, ancien interne des hôpitaux de Paris, comme chef de clinique titulaire et de M. le docteur G. Boyé, comme chef de clinique adjoint.

— Le concours public pour la nomination à une place de médecin adjoint du service des aliénés sera ouvert le lundi 20 octobre 1884, à midi, à l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3.

MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 15 septembre, et sera clos le mercredi 1er octobre 1884, à trois heures.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

BULLETIN

Académie de médecine, 30 septembre. — Après une courte interruption, la discussion sur le choléra a été reprise aujourd'hui et a tenu toute la séance. Inutile de dire qu'elle a tourné dans le même cercle de faits et d'arguments contradictoires ; inutile de dire aussi que le pour et le contre ont été soutenus avec un égal talent par les deux principaux orateurs : MM. Jules Rochard et Jules Guérin, le premier défendant la doctrine classique de l'importation et de la dualité du choléra, le second rompant avec vigueur une nouvelle lance en faveur de sa doctrine à lui, celle de la spontanéité et de l'unicité de la maladie.

M. Jules Rochard s'était flatté de porter le dernier coup à la doctrine de M. Jules Guérin, et certes on a pu croire, en écoutant la parole vive, spirituelle et brillante de M. Rochard, en suivant son argumentation serrée et puissante, que la doctrine de la spontanéité et de l'unicité ne se releverait pas d'une si rude atteinte, qu'elle allait expirer à nos yeux définitivement écrasée, ou que, du moins, s'il lui restait encore la force d'articuler une parole, elle allait s'avouer vaincue et demander grâce. Déjà les applaudissements, partis avec un ensemble formidable de toute la rangée des fauteuils de l'Académie, semblaient escompter la victoire de M. Rochard et l'irrémédiable défaite de M. Jules Guérin. Déjà les amis que ce dernier comptait dans l'Assistance tournaient vers lui des regards inquiets et troublés.

Comme c'était mal connaître le caractère de l'homme, la fécondité de ses ressources, la souplesse de son talent! En quelques mots, M. Jules Guérin a remis sur pieds sa doctrine si malmenée et si fort ébranlée par M. Rochard; puis, passant à son tour de la défense à l'attaque, il a exécuté une charge à fond de train sur la doctrine de l'importation et de la dualité, sur la prophylaxie par les quarantaines, les lazarets et les cordons sanitaires dont il a annoncé la chute prochaine et complète, ne faisant même pas d'exception pour les quarantaines maritimes, qu'il juge aussi vaines, aussi inefficaces que les quarantaines terrestres.

Lorsque M. Jules Guérin a eu terminé sa véhémente improvisation, des applaudissements se sont fait entendre, partis cette fois non de l'enceinte académique, mais de celle qui est réservée au public.

L'assistance s'est donc partagée en deux camps, l'Académie et le public, la première prenant parti pour M. Jules Rochard et le système de l'autorité, le second pour M. Jules Guérin et le système de la liberté.

M. Brouardel, qui a demandé la parole pour répondre à M. Jules Guérin, a défendu le système des quarantaines maritimes par des arguments qui ont paru péremptoires et que l'on trouvera au compte rendu.

Enfin, M. Leroy de Méricourt a cité des faits bien curieux, qui prouvent combien il est difficile de se faire une opinion arrêtée dans les questions de contagion. Le pour et le contre peuvent être soutenus, suivant les cas, et il y a des faits pour justifier tantôt l'une, tantôt l'autre opinion ; ce qui a fait dire à M. Jules Guérin que la contagion est chose relative et purement contingente. Pour lui, il se déclare un peu partisan de la contagion, mais beaucoup de l'infection.

Nous avons cru voir un instant se réveiller, à propos du choléra, l'antique querelle des contagionistes et des infectionistes. *Multa renascentur quæ jam cecidere*. — A. T.

L'alcoolisme chronique expérimental.

On n'a pas oublié les recherches, désormais classiques, par lesquelles MM. Dujardin-Beaumetz et Audigé déterminèrent la puissance toxique des alcools. Ces travaux obtinrent les récompenses académiques, et c'était justice.

Cependant tout n'avait pas été dit sur l'alcoolisme expérimental. Ces habiles observateurs avaient bien cherché la dose toxique limite pour le chien, des alcools qui entrent dans la consommation. Ils avaient donné une solution du problème en fixant pour chacune de ces substances la quantité susceptible de produire la mort dans l'espace de 24 ou de 36 heures.

L'alcoolisme aigu expérimental était ainsi étudié ; restait la forme la plus usuelle de l'alcoolisme, la plus redoutable à cause de sa vulgarité et de ses ravages, celle que le clinicien rencontre chaque jour à l'hôpital comme à la ville, chez le riche comme chez le pauvre : l'alcoolisme chronique avec ses multiples lésions anatomiques et ses grands troubles fonctionnels. Il fallait réunir expérimentalement les conditions de cette lente intoxication, user de temps et obtenir les altérations organiques analogues sinon identiques à celles qu'on observe chez l'homme. C'est là ce que firent, pendant trois années, MM. Dujardin-Beaumetz et Audigé avec une persévérance digne du succès et à défaut d'un succès complet, de l'estime du monde savant (1).

Le porc fut préféré au chien sur lequel ils opéraient précédemment. Pour quel motif ? A cause de la facilité à lui faire ingérer par la bouche des aliments alcoolisés et de la structure de son appareil digestif qui s'éloigne peu de celui de l'homme. Dix-huit de ces animaux, âgés de 4 mois, soumis au même régime et divisés en deux séries, furent donc mis en expérience à l'abattoir de Grenelle.

Ils recevaient en mélange avec leurs aliments et par chaque kilogramme de poids vivant la dose quotidienne de 1 à 2 grammes de l'un des alcools suivants : alcool éthylique à 100 degrés, alcool de pommes de terre dix fois rectifié à 49°, alcool de pommes de terre épuré au au charbon à 46°, flegmes de pommes de terre à 73°, alcool de grains rectifié à 92°, flegmes de grains à 37°, flegmes de betteraves à 34°, alcool de betteraves rectifié à 92° et alcool amylique du commerce à 90°.

Tant que la dose quotidennne n'excéda pas 1 gramme par kilogramme de poids vivant, les troubles digestifs furent nuls ou peu marqués. Par contre, dès qu'on l'élèvait à 1 gramme et demi et à 2 grammes, les animaux perdaient l'appétit et dépérissaient. C'est ainsi qu'il fallut à diverses reprises interrompre l'administration de ces substances, et même, pour ce motif, soumettre les animaux un régime lacté réparateur.

Sous l'influence des alcools, on a observé les accidents et les lésions semblables à ceux et à celles de l'alcoolisme chronique de l'homme.

Du côté des fonctions digestives, c'étaient l'inappétence, des vomissements bilieux ou glaireux, et une diarrhée mucoso-sanguinolente. L'animal succombait-il ? On observait la rougeur anomale de la muqueuse stomacale, parfois, de la congestion de l'intestin, et dans quelques cas, des ecchymoses violacées comparables aux taches observées sur la muqueuse intestinale des chiens mourant de l'alcoolisme aigu.

Ces lésions anatomiques gastro-intestinales sont donc peu marquées, eu égard aux troubles fonctionnels. La sécrétion biliaire était aussi troublée, comme le prouvait la coloration jaunâtre de la conjonctive et des urines ; mais, dans les autopsies, la congestion du foie et la friabilité de son parenchyme étaient seules observées avec l'absence absolue d'hépatite interstitielle et d'ascite.

L'urination était peu modifiée, jamais les animaux n'eurent ni hématurie, ni albuminurie. L'urine présentait seulement une coloration bilieuse. Le tissu rénal était graisseux, mais cette altération histologique, constatée par M. Cornil, est presque constante chez le porc : on ne doit donc pas accuser l'alcool seul de sa production.

Presque tous les porcs avaient de la toux, et à l'autopsie leurs poumons présentaient de la congestion, ou parfois un état apoplectiforme. Comment interpréter ces lésions ? En premier lieu, elle ont pour cause l'élimination de l'alcool par les voie aériennes ; en second lieu, elles résultent des influences atmosphériques auxquelles le refroidissement et l'immobilité rendent ces animaux très sensibles pendant la longue durée des expériences et leur stabulation.

Les organes de la circulation : vaisseaux, myocarde et appareil valvulaire du cœur, n'étaient pas altérés ; l'état graisseux du myocarde qu'on remarquait est un phénomène fréquent à l'état normal dans l'espèce porcine. Néanmoins, les observateurs ont

(1) *Recherches expérimentales sur l'alcoolisme chronique*, par MM. Dujardin-Beaumetz et Audigé, Paris 1884, O. Doin.

trouvé parfois de l'athéromasie limitée à la crosse de l'aorte. C'était là une altération d'origine alcoolique.

Les modifications du système nerveux se traduisaient d'abord par de l'ivresse; plus tard, par des troubles fonctionnels durables. Dans cette ivresse, les phénomènes d'excitation manquaient et les animaux tombaient dans la torpeur aussitôt après l'ingestion de l'alcool. Quand l'alcoolisation était plus complète, on observait des tremblements musculaires de la faiblesse des membres et de l'impotence du train postérieur. Si l'animal veut marcher, il chancelle. S'il se redresse, un léger choc le jette à terre et il éprouve des difficultés et de l'hésitation à se relever. Cependant, même dans ces cas, le système nerveux ne présentait pas d'altérations anatomiques.

Enfin l'administration des alcools n'a pas été un obstacle absolu à l'engraissement. Dans les périodes d'aggravation des troubles gastro-intestinaux, on constatait bien de l'amaigrissement ; mais ce ralentissement de la nutrition était passager. Aussi l'augmentation totale de poids a été notable, bien que la ration alimentaire ait toujours été celle de l'entretien et non pas de l'engraissement. Il est vrai que la chair n'avait pas bel aspect et que son introduction dans l'alimentation ne fut pas autorisée. Il existait en effet, des hémorrhagies interstitielles dans le parenchyme musculaire.

Après cela, on ne mettra plus en doute la possibilité de produire expérimentalement l'alcoolisme chronique des animaux. C'était un premier résultat dont MM. Dujardin-Beaumetz et d'Audigé ont tout l'honneur. Il fallait le compléter en déterminant les effets sur l'organisme de chacun de ces alcools. C'était chercher, au point de vue de l'intoxication alcoolique chronique, la vérification des essais antérieurs sur l'intoxication alcoolique aiguë.

Ici encore, les résultats ont été une confirmation de la puissance toxique des flegmes de grains, de pommes de terre et de betteraves. Un porc auquel on administrait de l'eau-de-vie de grains mourait en moins de deux ans des suites de l'alcoolisme ; un autre auquel on donnait des flegmes de betteraves succombait avec des congestions intestinales, hépatiques, pulmonaires et de l'athérome aortique ; un troisième, qui ingérait de l'eau-de-vie de grains présentait, au moment de son abatage, une congestion hépatique manifeste.

Par contre, les animaux soumis à l'administration des alcools bien rectifiés ou à l'alcool éthylique, étaient atteints de lésions anatomiques moins nettes, ou même en étaient exempts, de sorte qu'en les classant d'après leur nocuité, l'alcool éthylique et l'alcool de pommes de terre sont moins toxiques que les flegmes de betteraves, de grains et de pommes de terre.

En résumé, les altérations anatomiques de l'intoxication alcoolique chronique expérimentale consistent, pour l'espèce porcine, en congestions et en inflammations de l'intestin, en congestion du foie, mais sans hépatite interstitielle ; en congestions pulmonaires allant jusqu'à l'apoplexie, en athérome vasculaire et en hémorrhagies intra-musculaires ou cellulaires. Ces altérations se manifestent après l'administration continue et quotidienne de l'alcool éthylique pendant trente mois ; avec les alcools bruts ou mal rectifiés, elles sont toujours plus profondes, mieux accusées et moins tardives.

On pouvait sans doute espérer des résultats sinon plus décisifs, du moins plus complets, après des expériences d'aussi longue durée. Ces altérations anatomiques sont minimes sans doute en comparaison de ces grosses lésions qu'on observe habituellement sur la table d'autopsie de l'amphithéâtre. Ici on est sur le terrain de la médecine expérimentale, où il faut de grands efforts pour obtenir de petits résultats ; là, au contraire, on est dans le domaine de la clinique où on observe à échéance les grands résultats d'un long travail morbide.

Il n'en est pas moins certain que les recherches de MM. Dujardin-Beaumetz et Audigé) malgré ces critiques et malgré ces objections méritent l'attention de tous, honorent la science française et contribuent largement à la solution du problème médical de l'alcoolisme chronique. — Ch. E.

BIBLIOTHÈQUE

La gymnastique, par M. le docteur A. Collineau. — Paris, 1884 ; J.-B. Baillière.

Élever un monument littéraire à la gymnastique n'était pas une œuvre facile ; elle n'a pas paru trop pénible à M. Collineau. Notre savant confrère est de ceux, aujourd'hui nombreux en France, qui ont l'enthousiasme des exercices corporels. Il est vrai

que cet enthousiasme est tempéré par une sagesse toute scientifique, de sorte que le livre actuel est une œuvre de maturité et d'expérience.

Sa lecture n'aura pas seulement pour heureux effet de convaincre les plus récalcitrants, mais bien aussi de satisfaire les plus exigeants. On en trouve la preuve dans l'énumération des principaux chapitres. La première partie a pour objet l'histoire de la gymnastique dans tous les temps, depuis l'antiquité jusqu'à nos jours; c'est une histoire épisodique dont plus d'une page intéressera le lecteur, et peut-être même pourra le passionner. En effet, le style de l'auteur et les idées exprimées par sa plume sont parfois assez brûlants pour communiquer de leur chaleur aux plus calmes.

La deuxième partie renferme des notions d'anatomie et de physiologie sur le corps humain. Ces deux sciences sont en effet la base de toute méthode rationnelle de gymnastique. Ici l'auteur s'est inspiré des travaux de laboratoire et des observations les plus récentes, donnant un résumé complet des recherches des auteurs modernes : de MM. Dally, Lacassagne, Frank, Marey et des autres. Cette étude terminée, M. Collineau aborde dans la troisième et la quatrième partie celle des exercices corporels : marche, saut, course, danse, phonation, natation, équitation, jeux, et celle des agrès, des appareils et des méthodes. Enfin ce gros volume de 824 pages, qui à juste titre a la prétention d'être complet, se termine par un long chapitre — la cinquième partie — où sont exposées de nombreuses considérations sur les effets et l'utilisation de la gymnastique pour la cure des maladies.

Dans sa verve convaincue, M. Collineau se laisse parfois entraîner à de très larges considérations de philanthropie. Ces manifestations témoignent de la générosité des sentiments de l'auteur; mais elles sont un peu en dehors, il me semble, d'un traité de gymnastique aussi scientifiquement écrit et pensé que celui dont il est ici question. A cette remarque près, — bien modeste critique d'ailleurs, — on doit remercier l'auteur d'avoir mis à la portée des médecins un livre aussi complet dont l'utilité n'est plus à démontrer. Pour notre part, et nous ne sommes pas les seuls, nous l'avons lu avec intérêt et nous aimerons souvent à le consulter avec profit. — C. Eloy.

REVUE DES JOURNAUX

Extraits de la revue de médecine.

De la dilatation atonique de l'estomac, par G. Sée et A. Mathieu (mai et septembre 1884). — La première partie du travail se termine par les conclusions suivantes : 1° A côté des dilatations de l'estomac qui reconnaissent pour cause une oblitération relative ou absolue du pylore, il faut décrire des dilatations pour lesquelles cette cause mécanique ne peut être invoquée. — 2° Dans un certain nombre de cas, des lésions appréciables au microscope rendent suffisamment compte de la distension exagérée de cet organe (cirrhose interstitielle des alcooliques, dégénérescence graisseuse, etc.). — 3° La dilatation de l'estomac se produit d'une façon passive chez des individus affaiblis, épuisés par un état général cachectisant, en vertu de l'affaiblissement même, et, peut-être, en particulier du défaut d'action des parois musculaires de l'abdomen. — 4° Dans d'autres conditions, on ne peut invoquer qu'une paralysie de l'estomac, que quelques observations, discutables du reste, signalent à la suite de grands traumatismes généraux ou de traumatismes épigastriques. — 5° Le plus souvent, la dilatation simple de l'estomac survient chez des individus qui présentent un état particulier de nervosisme général. — 6° Elle se produit à la suite de crises qui paraissent indiquer l'intervention successive et alternante d'un état spécial de spasme et d'atonie du système moteur gastro-intestinal. — 7° Ces crises, souvent douloureuses, parfois accompagnées de diarrhée, sont habituellement provoquées par une cause occasionnelle, ou générale, comme les émotions tristes, les secousses morales ou bien locales, comme les excès, l'insuffisance ou la mauvaise qualité de l'alimentation. Ces crises sont ainsi la détermination locale d'un état constitutionnel de névrose spasmatonique (neurasthénie de certains auteurs). — 8° La constipation et la flatulence paraissent jouer un rôle considérable dans le mécanisme du développement de ces troubles gastro-intestinaux avec ectasie gastrique prédominante. — 9° La dyspepsie, rarement antérieure à la dilatation, lui succède fréquemment. Elle paraît pouvoir être caractérisée par la présence en quantité notable des peptones dans l'urine. — 10° En tout cas, on n'arrive à la dilatation gastrique permanente qu'après des alternatives de spasmes (causes de douleur et de diarrhée) et d'atonie (cause de distension).

Dans la seconde partie du mémoire sont énumérés les symptômes de la dilatation atonique.

A. Comme Symptomes physiques : I. l'*inspection* dénote quelquefois le ballonnement épigastrique, qui n'a de valeur que si les autres parties de l'abdomen ne sont pas tympanisées au même degré.

II. La *percussion* doit être pratiquée de la manière suivante, pour délimiter les contours de l'estomac. On percute d'abord un peu au-dessous du mamelon dans un point où l'on est certain de rencontrer la sonorité pulmonaire, puis on descend en percutant toujours, jusqu'à la rencontre de la sonorité spéciale de l'estomac. Pour fixer la limite inférieure, on commence à percuter à mi-chemin entre l'ombilic et le pubis, où on est certain à peu près de rencontrer d'emblée la sonorité de l'intestin grêle. On percute alors de bas en haut, vers le rebord des fausses côtes au niveau de la ligne mamelonnaire jusqu'à la rencontre de la sonorité gastrique. On peut encore, en cas de doute, percuter l'estomac après avoir fait ingérer une petite quantité de liquide, et la limite du bruit de clapotement indique celle de l'estomac. On utilise encore la *succussion* combinée à l'*auscultation* et l'introduction dans l'organe des mélanges effervescents. On ne doit admettre l'existence d'une dilatation que si elle a été constatée d'une manière constante à des heures différentes, le malade étant examiné couché debout et assis.

B. Comme Symptomes fonctionnels : la *flatulence*, les *douleurs spontanées* survenant par crises, ne s'accompagnant que rarement de vomissements, survenant souvent après l'ingestion de boissons glacées ou alcooliques et surtout de bière, ou *provoquées* par la pression le long du rebord des fausses côtes droites, un peu au-dessous de l'appendice xiphoïde.

Les *vomissements* ne sont pas fréquents, si ce n'est dans les formes très avancées ; ils se montrent alors le matin sous forme de liquides muqueux, ou par une série de vomissements copieux qui délivrent l'organe surdistendu et sont suivis d'une amélioration passagère.

La *constipation* est habituelle et alterne avec des *débâcles diarrhéiques* ou dysentériformes.

La *dyspepsie* peut manquer, précéder la dilatation ou lui succéder.

Il est certainement des individus qui, malgré une ectasie gastrique considérable, digèrent complètement ; ceux-là conservent longtemps une apparence de santé satisfaisante.

Le *retentissement* de la dilatation de l'estomac *sur l'organisme* peut se traduire par des convulsions et de la tétanie (Kussmaul), de la céphalalgie frontale, du malaise, de l'inaptitude au travail intellectuel, des vertiges, des éblouissements qui trouvent peut-être leur explication dans l'absorption de produits toxiques analogues aux ptomaïnes et engendrés par des fermentations anormales au sein de la masse alimentaire non digérée (Bouchard).

On peut admettre plusieurs formes cliniques suivant que la dilatation est simple, douloureuse, s'accompagne d'embarras gastrique ou de troubles dyspeptiques.

Les *indications thérapeutiques* peuvent être résumées ainsi :

I. Eviter la surcharge alimentaire et les subtances qui provoquent un relâchement de l'estomac. — II. Régulariser les fonctions motrices gastro-intestinales, et surtout combattre la constipation. — III. Exciter la musculature gastrique. — IV. Combattre la douleur. — V. Combattre la dyspepsie.

Effets physiologiques de la digitaline amorphe, par Kaufmann (mai 1884). — D'expériences nombreuses faites dans le laboratoire du professeur Chauveau, l'auteur tire les conclusions suivantes :

La digitaline agit comme un irritant local énergique. — Les effet généraux apparaissent dans toute leur pureté, quand les solutions étendues sont confiées aux veines, à la trachée, ou à l'estomac. — Les injections sous-cutanées et intra-musculaires engendrent une fièvre de réaction. — La digitaline produit un ralentissement du pouls à faible dose, un ralentissement suivi d'une accélération à dose moyenne, et une accélération à forte dose. — Le ralentissement du cœur est dû à une excitation bulbaire et intracardiaque du système modérateur, et l'accélération est due à la paralysie centrale et périphérique de ce même système. La digitaline élève la pression intracardiaque diastolique et systolique et augmente par conséquent le travail mécaniquedu cœur.—Elle augmente l'énergie des contractions cardiaques et le volume des ondées. — Pendant le ralentissement, les contractions cardiaques sont souvent associées par deux ou par trois. — Pendant l'accélération, les battements du cœur sont réguliers.

A faible dose, le pouls devient plus fort. — A dose forte, il est fort d'abord, faible ensuite. — La digitaline diminue la vitesse d'écoulement du sang dans les artères, abaisse la température rectale, et diminue la quantité d'urine chez les animaux sains. Elle ne peut produire la diurèse que dans certaines hydropisies qui tiennent à des troubles circulatoires.

Des infarctus musculaires, par Giraudeau (juin 1884). — L'auteur rapporte trois observations dans lesquelles il s'agissait de malades arrivés à la dernière période de la cachexie cardiaque, présentant des lésions athéromateuses très avancées, et chez lesquels il existait dans certains muscles, grand pectoral, couturier, vaste externe de la cuisse, des infarctus reproduisant en tous points l'aspect et la structure de ceux de la rate et des reins. — Mais, tandis que les infractus de ces derniers organes n'ont besoin, pour se produire, que de l'oblitération d'une des artères qui leur sont destinées, plusieurs conditions doivent être réalisées au préalable pour que l'oblitération d'une artère musculaire entraîne à sa suite la formation d'un infarctus. La première, c'est que le système artériel dans sa totalité ait perdu son élasticité, que les parois des vaisseaux soient rugeuses et épaissies, de telle sorte que la progression du sang ne se fasse qu'avec lenteur ; l'athérome, l'artério-sclérose en sont les facteurs principaux. En second lieu, le cœur malade lui-même doit avoir perdu sa tonicité, s'être laissé forcer et conduire insensiblement le malade à une asystolie progressive. Chez les sujets ainsi atteints, le sang mal oxygéné enfin est peu apte à la nutrition des tissus, et il en résulte une anémie de tous les organes. Si, sur ces entrefaites, une artériole, alors même qu'elle appartient à un tissu aussi riche en vaisseaux que le tissu musculaire, vient à être oblitérée soit par thrombose, soit par embolie, la circulation anastomotique ne pourra plus s'établir et la portion de muscle, ainsi privée des matériaux nutritifs nécessaires à son entretien, sera vouée à une mort certaine.

THÉRAPEUTIQUE

UN NOUVEL ANTISEPTIQUE

L'ASEPTOL

Ou Acide orthoxyphénylsulfureux (1).

Puis..... « Une autre observation bien intéressante se rapporte à un ulcère spécifique de la jambe. Le nommé L..., marin de profession, se présente chez moi le 25 décembre 1883, porteur d'un ulcère situé à la partie moyenne et antérieure de la jambe droite. L'ulcère présente une étendue grande comme la paume de la main ; ses bords sont nets, taillés à pic, la plaie dans son ensemble est blafarde, ne présente aucune tendance à la guérison, et exhale une odeur nauséabonde. L'affection datait d'ailleurs de *deux ans*. A l'interrogatoire le malade déclare avoir été contaminé antérieurement par le virus syphilitique. En conséquence je lui prescris l'iodure de potassium à l'intérieur ; puis en application locale des compresses imbibées d'une solution d'Aseptol, 10 grammes pour 100 grammes d'eau, et j'enjoins le repos du membre malade.

Dès le quatrième jour, la plaie s'est complètement modifiée ; ses bords s'effacent et le fond se recouvre de beaux bourgeons charnus en même temps que l'odeur infecte disparaît complètement.

J'insistai sur ce traitement, jusqu'à ce que le bourgeonnement fût arrivé au niveau de la peau ; à partir de ce moment, j'appliquai le pansement de Boyton, renouvelé tous les quatre jours et combiné au moment du pansement avec des lavages à la solution d'Aseptol. Le malade resta en traitement pendant deux mois et demi et se trouva au bout de ce temps, débarrassé d'un mal qui était devenu son cauchemar.

De ces faits, et d'autres encore que je me réserve de relater ultérieurement, je conclus :

Que l'Aseptol est un excellent agent antiseptique ;

Qu'il est préférable à l'acide phénique, puisqu'on peut impunément l'appliquer sur des muqueuses, notamment sur la muqueuse oculaire, qui ne supportaient pas facilement le contact de l'acide phénique.

Qu'il n'occasionne pas d'irritation dans le voisinage des plaies, irritations qu'on voit survenir si souvent après les applications prolongées d'acide phénique. »

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 30 septembre 1884.

Une observation, recueillie et publiée par le docteur Caeymaex mérite aussi d'être rapportée :

« Mme C..., âgée de 44 ans, mariée et mère d'un enfant, souffre depuis plusieurs mois d'un cancer de la matrice, caractérisé (outre les signes révélés par le toucher et le spéculum, col fongueux, bosselé, adhérent aux parois vaginales) par des hémorrhagies abondantes, écoulements séreux très fétides et douleurs lancinantes continues, qui rendent tout repos impossible.

Deux honorables confrères, après avoir mis en usage tous les moyens employés dans ces circonstances, en étaient venus au galvano-cautère, mais celui-ci pas plus que les autres remèdes n'apporta de soulagement à la malade.

C'est alors que je fus appelé et que je trouvai une femme exténuée par les douleurs et par les pertes, ayant perdu tout appétit et pouvant à peine se lever pour faire faire son lit.

Tous les remèdes ayant été épuisés, je résolus, en désespoir de cause, d'appliquer l'Aseptol dont j'avais appris à connaître peu de jours avant, les propriétés antiseptiques. J'imbibe un tampon d'ouate enroulé d'un fil, d'une solution aqueuse d'Aseptol à 10 p. 100, et je l'introduis dans le vagin, en contact avec le col cancéreux. Je le renouvelle tous les jours.

Au bout de trois jours je constate une diminution notable des symptômes : douleurs, hémorrhagies et pertes fétides. Le sixième jour, toute hémorrhagie a cessé, la fétidité de l'écoulement n'existe pour ainsi dire plus, et la disparition des élancements si pénibles a ramené le repos ; l'appétit renaît et les forces de la malade reviennent, au point que le vingtième jour celle-ci se lève une grande partie de la journée et que le vingt-cinquième jour elle fait une promenade au grand air.

L'examen par le toucher et par le spéculum révèle un rétrécissement assez notable de la tumeur. »

Ces observations prises au hasard entre une foule d'autres et publiées par de savants praticiens, médecins et chirurgiens, sont des plus concluantes en faveur des remarquables propriétés de l'Aseptol.

En poursuivant cette étude, nous avons à relater aussi un grand nombre d'autres observations également très intéressantes.

IV

Par ses propriétés chimiques, physiologiques et thérapeutiques, aujourd'hui parfaitement connues et établies, comme on peut le voir par tout ce qui précède, l'Aseptol est en voie de prendre une place importante en thérapeutique, distançant de beaucoup et l'acide phénique et l'acide salicylique. Ainsi que l'écrivait un savant chimiste, M. C. Anneessens, dans le *Journal de pharmacie d'Anvers* (février 1884) : « Tandis que le phénol est un acide faible, se combinant à peine aux bases, et ne pouvant par conséquent saturer les bases ammoniacales qui font partie des ferments, l'Aseptol agit avec une énergie extrême en raison de son pouvoir saturant et de sa grande solubilité. » Si l'Aseptol, en effet, possède les mêmes caractères et les mêmes propriétés chimiques que l'acide salicylique, il en a aussi les mêmes vertus antiseptiques et antiputrides, mais très amplifiées à cause de sa parfaite solubilité.

M. Geeraerts écrivait de son côté (août 1883) : « Grâce à sa grande diffusibilité et son action pénétrante dans les tissus, l'Aseptol tend à remplacer avec sûreté l'acide phénique, produit toxique, lequel mis en contact avec les muqueuses, produit de graves brûlures, tandis que l'Aseptol ne fait que blanchir légèrement la peau.

Cette qualité devient très importante en thérapeutique, tant pour son usage interne que pour son usage externe. »

Nous terminerons cette simple étude en disant, comme conclusion, que dans le vaste champ d'application où l'on emploie soit l'acide salicylique, soit les phénols ou l'acide phénique, on devra leur substituer avec le plus grand avantage l'Aseptol. Ses propriétés bien établies, ses vastes applications et les résultats qu'on en obtient, font désormais de l'Aseptol un de ces agents sur lesquels on peut absolument compter ; l'un de ceux qui, avec la quinine, l'iode ou l'opium, constituent les réelles et puissantes ressources de la thérapeutique.

E. Transer.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 septembre 1884. — Présidence de M. Larrey.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE :

1° Diverses communications relatives au choléra;

2° Une note de M. Dumontpallier sur les revaccinations obligatoires dans les lycée et collèges;

3° Un pli cacheté relatif à un cérébrotome et à un stéthoscope imaginés par M. Gavoy, médecin-major de 1re classe;

4° Une lettre de M. le docteur Oulmont, accompagnant l'envoi d'une disposition du testament de son oncle léguant à l'Académie une rente de mille francs qui devra être décernée tous les ans à la médaille d'or de l'internat. Si le concours de la médaille vient à disparaître, ce prix fera retour à l'Académie, transformé en un prix de thérapeutique portant le nom de M. Oulmont.

M. Legouest dépose sur le bureau de l'Académie, au nom de M. le docteur Paoli, médecin principal d'armée, un livre intitulé : *Les accidents de l'organisme et leurs soins.*

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le choléra.

M. Jules Rochard, répondant au dernier discours de M. Jules Guérin, s'applaudit de voir que son adversaire en est venu à reconnaître la transmissibilité du choléra ; si le choléra est transmissible, il est transportable, et dès lors un seul cas importé peut devenir le point de départ d'une épidémie.

Mais ce n'est là qu'un point de détail, et M. Jules Rochard veut s'attacher surtout à prendre corps à corps la doctrine de son adversaire.

La doctrine que soutient M. Guérin est celle qui avait cours il y a quarante ans; aujourd'hui elle ne peut être soutenue. D'après elle, le choléra est le même sous toutes les latitudes. C'est lui que représentent les cas isolés qui sont observés chez nous chaque année à l'époque des grandes chaleurs aussi bien que ce fléau terrible qui a déjà passé quatre fois comme un torrent sur l'Europe. Il n'est jamais importé, il naît sous l'influence de conditions dont l'ensemble constitue ce qu'on a appelé une *constitution médicale.* On ne peut lui barrer le passage, puisqu'il ne vient pas du dehors; donc, les quarantaines, les lazarets, les cordons sanitaires sont *inefficaces, inutiles* et *dangereux.* Ce qu'il faut lui opposer, c'est la dissémination et le traitement de la diarrhée prémonitoire. Telle est la doctrine de M. Guérin, tels sont les trois points que l'orateur se propose de réfuter.

Le choléra de nos climats diffère du choléra de l'Inde, comme la fièvre éphémère diffère de la fièvre paludéenne, la fièvre bilieuse de la fièvre jaune. L'un est un mal d'aventure, l'autre se place à côté de la fièvre jaune et de la peste. Comment assimiler le choléra nostras, qui se termine, en général, par la guérison dans les vingt-quatre heures, et ces épidémies qui enlèvent en une semaine le centième des habitants d'une ville, comme cela vient d'arriver à Naples. Si c'était la même maladie, il y aurait des transitions, des épidémies ébauchées. Il n'en est pas ainsi. Le fléau se montre tout à coup en un point de l'Europe et les populations sont terrifiées. Ses victimes se chiffrent par centaines de mille. Les trois premières épidémies ont causé en France 346,578 décès, et en Europe plus de trois millions de personnes sont mortes du choléra, depuis le commencement du siècle.

On s'accorde, en général, à admettre qu'au début il est impossible de reconnaître les deux formes de l'affection. Mais un caractère établit bien une différence capitale entre les deux : c'est l'intensité et la nature de la réaction. Dans le choléra nostras, le malade se remet en quelques heures, il n y a pas de convalescence. Dans le choléra asiatique la convalescence est longue et le malade reste longtemps plongé dans un état d'adynamie profonde ; il s'éteint sans souffrance. Lorsqu'on voit l'état ataxique se produire et la mort en être la suite, on peut affirmer qu'on a affaire au choléra asiatique.

Le second point relatif à l'importation du choléra doit être résolu dans un sens affirmatif devant l'abondance de preuves et d'observations faites dans ce sens. L'énumération en serait interminable, l'orateur se bornera à montrer son arrivée sur les continents puis dans les îles.

Toutes les fois qu'il est arrivé en Europe, c'est par l'est qu'il est venu. Toujours il a pris passage sur quelque navire.

En Algérie et en général en Afrique il a été importé souvent, toujours c'est par les navires qu'il est arrivé.

Des émigrants irlandais et allemands l'ont transmis d'Europe en Amérique, et cela à plusieurs reprises.

En ce qui concerne les îles, le docteur Smart, inspecteur du service de santé de la marine anglaise, a prouvé péremptoirement que toujours les navires y ont apporté les germes de l'épidémie : jamais on n'a constaté son apparition spontanée.

Quelquefois, il est vrai, il a été impossible de constater par quelle voie l'importation avait eu lieu, mais est-ce une raison suffisante pour la nier? Les faits d'importation constatés pendant la guerre d'Orient et en 1865 pendant le pèlerinage de la Mecque sont tellement évidents qu'il serait oiseux d'y insister.

Il est bien certain, d'après la similitude des symptômes observés pendant la dernière épidémie et ceux qui ont été observés pendant les épidémies précédentes, que le fléau est le même, et le mode d'importation est parfaitement évident. Le laisser-passer qui a été opposé au cri d'alarme poussé pendant six mois par le Comité consultatif d'hygiène doit être seul mis en cause.

Quant à la présence à Toulon et à Marseille d'une constitution épidémique avant l'explosion du choléra, elle ne peut être admise après les dépositions concordantes de tous les médecins de Toulon, qui ont déclaré qu'il n'y avait ni diarrhées, ni dysentéries, ni cholérines, lorsque l'épidémie a éclaté.

Sur le troisième point relatif à la suppression des quarantaines aux frontières de terre et des lazarets improvisés dans les gares de chemin de fer, le Comité consultatif d'hygiène, représenté à l'Académie par Proust, Brouardel et Rochard, a toujours été de l'avis de M. J. Guérin. Les seules quarantaines possibles et efficaces, les seules qui aient été défendues par le Comité, sont les quarantaines maritimes. Le choléra ne peut arriver en Europe que par mer, et alors une quarantaine rigoureusement observée par toutes les nations intéressées doit être mise en œuvre, ou par les steppes méridionales de la Russie, et alors des cordons sanitaires peuvent donner de bons résultats.

La mer Rouge, qui est le passage favori du choléra, peut, grâce à sa disposition géographique, être facilement entourée de quarantaines maritimes. Pendant dix-huit mois, ce système de protection a arrêté le fléau. Lorsqu'il est en Egypte, il est bien près d'envahir l'Europe.

Néanmoins, les quarantaines maritimes peuvent encore être utilement employés. L'expérience le démontre suffisamment.

Les cordons sanit ires ne peuvent être établis que dans les steppes de la Russie méridionale ; dans tout autre endroit en Europe, ils seraient dangereux et, comme l'a établi M. Proust, ils ne serviraient qu'à renforcer l'épidémie.

Du même coup, M. Rochard fait justice des quarantaines de terre et des fumigations imposées aux voyageurs qu'il trouve inoffensives et puériles.

Pour ce qui est de la dissémination, elle doit porter non sur les individus déjà atteints, ce qui serait dangereux, mais sur les personnes valides, ce qui est une excellente mesure. Ce qui a été fait dernièrement à Toulon en est la confirmation.

Tels sont les principes et les idées que l'orateur voudrait faire prévaloir. Personnellement il serait heureux de voir la suppression, *etiam manu militari*, du pèlerinage de la Mecque qui est une menace perpétuelle pour l'Europe.

M. Jules Guérin déclare que dans tout le cours de l'argumentation, d'ailleurs si brillante et si spirituelle de M. Jules Rochard, il ne s'est pas senti atteint un seul instant. Il y a vu beaucoup de rappels des anciennes doctrines, des différences entre le choléra nostras et le choléra indien, divers faits d'importation par des navires, etc., mais il doit avouer qu'il n'y a pas trouvé un seul argument capable d'ébranler ses convictions qui restent entières après comme avant le discours de M. Rochard. Vainement il a cherché dans tout ce qu'il a entendu, avec la plus entière bonne foi et même avec une secrète sympathie pour l'incontestable talent de M. Rochard, un argument qui constituât une preuve à l'appui de la doctrine défendue par son collègue, il ne l'a pas trouvée.

Ce qui, pour M. Jules Guérin, caractérise la science moderne, ce qui la distingue de l'ancienne, c'est le soin de faire la preuve de ce que l'on avance. La preuve est le vrai caractère du progrès ; or le discours de M. Rochard ne contient pas de preuves. Il n'a pas prouvé que le choléra nostras et le choléra asiatique fussent deux maladies différentes, il n'a pas démonté l'importation de la maladie; enfin, sur aucun des points qui les séparent l'un de l'autre M. Rochard n'a prouvé que M. Jules Guérin est dans l'erreur.

M. Jules Guérin maintient que dans toute épidémie cholérique il y a des cas ébauchés,

des diarrhées prémonitoires, des cholérines qui annoncent l'invasion de l'épidémie ; pendant tout le cours de celle-ci peuvent se montrer également, à côté des cas foudroyants, des cas ébauchés, atténués, semblables à ceux du début et qui montrent qu'il s'agit bien de la même maladie.

Cette preuve, M. Jules Guérin l'a apportée et il ne lui a pas été répondu. Depuis quarante ans M. Jules Guérin travaille à saper les fondements des vieilles doctrines qui ont donné naissance aux quarantaines, aux cordons sanitaires, aux lazarets, en un mot à toute cette vaine et fausse prophylaxie que défendent encore ses adversaires. Il reconnaît cependant que l'on a fini par abandonner peu à peu la plus grande partie des mesures prohibitives aussi vaines que vexatoires, et que l'on est arrivé, comme dernier refuge, à se contenter des garanties à prendre contre les navires, en un mot des quarantaines maritimes. C'est l'ancien système de la peur qui bat peu à peu en retraite et dont la fin approche; M. Guérin espère le voir bientôt tout à fait disparaître.

Ce qui démontre l'inanité des caractères différentiels entre le choléra nostras et le choléra asiatique, c'est la difficulté que la commission officielle, nommée pour aller étudier le choléra à Toulon, a éprouvée à distinguer le choléra de Toulon du choléra de l'Inde. Les hésitations si longues de cette commission qui n'a pu se décider, qu'au bout de plusieurs jours, sont la plus éloquente des preuves !

De toutes parts M. Jules Guérin voit s'écrouler le vieil édifice des doctrines surannées qu'il combat. M. Fauvel lui-même, le plus illustre représentant de ces doctrines, en présence de l'inanité des anciennes mesures préservatrices, en est arrivé à ne plus admettre que les quarantaines maritimes, comme si les contacts maritimes pouvaient avoir une plus grande gravité, au point de vue de la contagion, que les autres contacts.

M. Rochard n'a pas eu un seul instant l'espoir de convaincre M. J. Guérin. S'il lui répond de nouveau, c'est parce qu'il a été pris à parti par lui. Il ne veut pas faire la « retraite honorable » que l'invite à faire M. Guérin, mais bien avoir le dernier mot sur la question : il ne veut pas être battu sur ce terrain.

M. Guérin prétend avoir fourni des preuves et n'en avoir pas rencontré dans le discours de M. Rochard. C'est bien plutôt le contraire qui existe, et ce sont surtout des faits qu'il a opposés aux théories sur la pathologie générale faites par son adversaire. Il est prouvé surabondamment par les différentes observations faites pendant les épidémies cholériques que la forme atténuée de la maladie est tout aussi dangereuse au point de vue de la contagion que la forme aiguë. Un cas léger a souvent produit par contamination un cas grave. Il en est du choléra comme de la rougeole et de la variole. La contagion ne dépend pas de la plus ou moins grande intensité de la maladie ; elle est toujours la même. La fièvre jaune ne se manifestant que par de simples bubons est aussi contagieuse que celle qui se termine par la mort.

Quant à l'accusation portée par M. Guérin contre M. Rochard, d'avoir abandonné le système des quarantaines, elle doit tomber d'elle-même, attendu que l'orateur ne l'a jamais défendu.

M. Brouardel a demandé la parole en entendant M. Jules Guérin parler des longues hésitations de la commission envoyée à Toulon par le gouvernement, pour étudier l'épidémie qui s'était déclarée dans cette ville et pour en déterminer le caractère. Ces hésitations dont a parlé M. Jules Guérin n'ont pas été si longues et, dès le premier jour, la commission était fixée ; seulement, pour répondre au gouvernement qui avait besoin de savoir si le choléra de Toulon se propageait, il fallait attendre que des faits de propagation se fussent manifestés ; c'est lorsque cette manifestation a eu lieu que la commission a pu renseigner le gouvernement sur ce point essentiel.

Quant à la diarrhée prémonitoire, la commission a interrogé à ce sujet tous les médecins de Toulon, la plupart anciens médecins de la marine ayant déjà vu le choléra, tous ont déclaré que l'épidémie de Toulon n'avait pas été précédée de diarrhée.

En ce qui concerne les quarantaines que M. Jules Guérin applaudit la commission d'avoir abandonnées, M. Brouardel déclare que jamais la commission n'a défendu les quarantaines terrestres, par la raison que ces quarantaines sont inutiles et dangereuses. Quand un cordon sanitaire est placé autour d'une ville infectée, il est impossible d'empêcher les hommes qui forment ce cordon, d'entrer en contact avec les habitants de la ville et d'être infectés à leur tour ; ils deviennent donc des foyers de contagion, et partout où de pareils cordons ont été placés il a fallu, au bout de quelque temps, les reporter plus loin, devant la marche de plus en plus envahissante de l'épidémie.

Un navire, au contraire, est toujours facile à isoler, et l'on peut toujours l'empêcher de propager la maladie ; voilà pourquoi M. Brouardel conserve les quarantaines maritimes,

tout en abandonnant les quarantaines terrestres, dont l'expérience a démontré l'inanité et le danger.

M. Jules GUÉRIN, répondant à M. Rochard, rappelle que la question des formes ébauchées des maladies infectieuses a été discutée, il y a longtemps déjà, devant l'Académie. C'est lui qui, le premier, souleva cette question, en montrant que les causes infectieuses n'ont jamais une action identique et absolue, et se produisent avec des apparences diverses. Les formes ébauchées des maladies sont une des conquêtes de la science moderne, dont M. Jules Guérin s'applaudit d'avoir été l'initiateur. Aujourd'hui, M. Jules Rochard admet ce progrès autrefois contesté. On l'a admis pour le choléra comme pour la fièvre typhoïde, le charbon, et, en général, toutes les maladies infectieuses.

M. J. Guérin maintient qu'il y a eu, à Toulon, des cas de choléra ébauchés qui ont précédé l'invasion de l'épidémie et qui l'ont annoncée. Si les médecins de Toulon et la commission n'ont pas vu ces cas, c'est parce qu'ils étaient imbus de doctrines fausses qui les ont empêchés de voir.

A M. Brouardel, M. J. Guérin répond que, sans les mesures quarantenaires maritimes et terrestres et les autres mesures de fausse prophylaxie, auxquelles on a eu recours pour combattre l'épidémie actuelle, l'Europe n'aurait pas été en proie à l'affolement dont nous avons été les témoins et qui a été si préjudiciable au commerce du monde.

M. Jules Guérin avoue qu'il ne croit que dans une certaine mesure à la contagion du choléra; il pense que les conditions de la contagion des maladies sont extrêmement variables, et que les maladies les plus habituellement contagieuses, comme la rougeole, la variole, la scarlatine, etc., ne le sont pas toujours, et la preuve, c'est que les médecins qui donnent des soins à des individus atteints de ces maladies ne sont presque jamais atteints eux-mêmes. Suivant lui, le choléra ne serait pas une maladie absolument contagieuse, mais plutôt une maladie infectieuse.

M. BROUARDEL : C'est ce que nous disons depuis longtemps!

M. LE ROY DE MÉRICOURT cite des faits qu'il a eu l'occasion d'observer pendant la guerre d'Orient et qui démontrent de la manière la plus évidente la contagion du choléra. Sur le navire où il était chirurgien-major, et qui avait des relations par le courrier du matin avec Constantinople, où sévissait le choléra, la maladie se manifesta un matin par un cas de choléra, sans diarrhée prémonitoire, et bientôt la maladie se propagea à tous les navires de la station avec l'intensité la plus effroyable.

Il faut bien reconnaître, d'ailleurs, que tout est mystère dans les faits de contagion du choléra comme des autres maladies infectieuses. On a vu des navires employés au transport des cholériques, être exempts de toute atteinte de la maladie, malgré l'encombrement et les conditions hygiéniques les plus déplorables. Il faut donc être très réservé quand il s'agit des questions de contagion.

M. J. GUÉRIN : Tous les faits rappelés par M. Le Roy de Méricourt montrent que la contagion du choléra est chose contingente!

La discussion sera continuée.

— La séance est levée à cinq heures.

FORMULAIRE

SOLUTION CONTRE L'ORCHITE. — Drouet.

Acide phénique. . . . . 9 grammes
Alcool. . . . . 1 —

Faites dissoudre. — A l'aide d'un pinceau trempé dans cette solution, on badigeonne à trois ou quatre reprises, et à quelques secondes d'intervalle, la peau du canal inguinal, dans le trajet du cordon douloureux. Il en résulte une vive cuisson, que l'on calme à l'aide de compresses d'eau froide. Dans le cas d'orchite grave avec funiculite, on répète ce badigeonnage, le troisième ou le quatrième jour. — Ce mode de traitement, au dire de l'auteur, réduit la durée de la maladie à huit jours au plus, et une seule cautérisation suffit, dans quelques cas, pour faire cesser l'orchite. — N. G.

COURRIER

Assistance publique. — M. Ch. Quentin, directeur général de l'Assistance publique, a donné sa démission qui a été acceptée.

Faculté de médecine de Paris. — Sont chargés pendant l'année scolaire 1884-1885, des cours complémentaires ci-après désignés les agrégés dont les noms suivent : MM. Gariel, physique ; Hanriot, chimie ; Blanchard (Raphaël), histoire naturelle ; Budin, accouchements ; Rémy, physiologie ; Straus, anatomie pathologique.

Sont chargés, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1884-1885, des cours auxiliaires ci-après désignés les agrégés dont les noms suivent : MM. Rendu, pathologie interne ; Peyrot, pathologie externe.

Sont chargés, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1884-1885, des cours ci-après désignés les agrégés dont les noms suivent : MM. Debove, pathologie interne ; Bouilly, pathologie externe.

MM. Hallé, Clado, Hartmann, et Valin sont nommés, pour quatre ans, aides d'anatomie.

Le personnel des travaux pratiques de physique, pendant l'année scolaire 1884-1885, est composé comme suit : MM. Guebhard, chef des travaux ; Sandoz, préparateur ; Mergier, préparateur.

Le personnel des travaux pratiques d'histoire naturelle, pendant l'année scolaire 1884-1885, est composé comme suit : MM. Faguet, chef des travaux ; Artault, préparateur adjoint (zoologie) ; Blondel, préparateur adjoint (botanique) ; Bergé, préparateur adjoint, (botanique).

Le personnel des travaux pratiques de physiologie pendant l'année scolaire 1884-1885, est composé comme suit : MM. Laborde, chef des travaux ; Rondeau, préparateur ; Gley, préparateur ; Pignol, aide-préparateur ; Martin, aide-préparateur.

Le personnel des travaux pratiques d'anatomie pathologique, pendant l'année scolaire 1884-1885, est composé comme suit : MM. Gombault, chez des travaux ; Brault, préparateur ; Babinski, préparateur ; Chantemesse, préparateur ; Dubar, moniteur ; Durand-Fardel, moniteur ; Jardet, moniteur.

Le personnel des travaux pratiques d'histologie à la Faculté de médecine de Paris, pendant l'année scolaire 1884-1885, est composé comme suit : MM. Cadiat, chef des travaux ; Gaucher, préparateur ; Variot, préparateur ; Sapelier, aide-préparateur ; Launois, aide-préparateur.

Conseil sanitaire international. — Il y a environ deux mois, la Porte avait désigné sept médecins ottomans supplémentaires pour participer aux travaux du conseil sanitaire international ; mais ces médecins ne furentpas admis par les délégués étrangers, qui protestèrent tous contre cette nomination qu'ils jugeaient contraire aux règlements.

Aujourd'hui, la Porte, se prévalant de ce que tout ce qui se passe au conseil sanitaire international n'est pas conforme aux règlements vient, par un iradé en date du 16 septembre, d'ordonner aux médecins précédemment désignés par elle, de se présenter au conseil sanitaire qui se réunira le 28 courant.

Il se pourrait fort bien qu'un confit surgît sur ce point entre le gouvernement ottomdn et les délégués étrangers au conseil sanitaire international.

Cet incident sera très probablement aplani par une transaction conciliant à la fois les intérêts du gouvernement ottoman et ceux de l'Europe. (*Semaine médicale.*)

Crémation. — Les journaux de Rome disent que le gouvernement italien vient de sanctionner le principe de la crémation, en ordonnant de construire, pour le lazaret cholérique de Varignano, un *crematorio* d'après le système Gordni-Guzzi.
(*Semaine médicale.*)

Congrès international d'otologie. — La ville de Bruxelles a été désignée comme siège du prochain Congrès international d'otologie, en 1888. (*Semaine médicale.*)

— Par suite du décès de M. Moreau (de Tours), M. Jules Falret, médecin de l'hospice de Bicêtre, est devenu médecin de la Salpêtrière. M. Charpentier, médecin adjoint de la Salpêtrière, a été nommé médecin de Bicêtre.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

Les troubles de la parole,

Par le professeur Ad. KUSSMAUL ; traduction française de RUEFF,
Avec introduction par le professeur BALL. — 1884.

Le travail, si souvent cité, de Kussmaul sur les troubles du langage parut pour la première fois, en 1877, dans le *Dictionnaire* de Ziemssen. Son succès fut considérable. Les formes singulières d'aphasie, qu'il faisait connaître sous les noms de surdité et de cécité verbale, ne tardèrent pas à s'imposer au public médical, et les nombreux travaux auxquels elles ont donné lieu depuis ont jeté par contre-coup une vive lumière sur le méca nisme psycho-physiologique si délicat de l'exercice de la parole. L'initiateur n'avait pas été sans en saisir immédiatement lui-même toute la portée, et il avait transporté avec succès la méthode d'analyse qui lui avait servi pour l'observation de cette forme particulière à l'étude des variétés multiples des désordres aphasiques.

De là ce livre d'une unité de méthode et d'une homogénéité si séduisantes, dont les chapitres se suivent et se relient avec l'enchaînement rigoureux de théorèmes de géométrie, et dans lequel l'esprit philosophique s'allie si sobrement et si sagement à la sagacité de l'observation clinique pour former une lecture éminemment profitable, et par ce qu'elle apprend, et par ce qu'elle suggère. C'est après s'en être pénétré qu'on peut être vraiment édifié sur les rapports de la psychologie et de la physiologie, sujet de développement sur lequel on nous a tant payés, dans nos classes, de mots vides et de phrases nébuleuses.

La précision de la nomenclature, qui prête un secours si précieux à un travail d'analyse souvent subtil, est bien faite également pour justifier le mot du philosophe : « que toute science n'est qu'une langue bien faite. »

FEUILLETON

CAUSERIES

Nous sommes dans une année exceptionnelle, où il arrive des choses vraiment peu ordinaires. Le choléra était déjà, par lui-même, un assez remarquable sujet de curiosité; pour accentuer encore les particularités de sa visite, il s'est imaginé de nous traiter presque avec douceur, et d'être beaucoup plus méchant dans les pays qui avaient accumulé le plus d'efforts pour s'en préserver. Il faut espérer qu'après les exemples actuellement fournis par l'Espagne et par l'Italie, la question des quarantaines terrestres sera définitivement jugée, et que les nations-sœurs, nos voisines, renonceront dans l'avenir à manifester leurs sentiments fraternels à notre égard en garnissant leurs frontières de *bersaglieri*, en saccageant les bagages des voyageurs, et en faisant jeûner ces malheureux dans des lazarets où les microbes cèdent le pas à des parasites visibles à l'œil nu et sensibles sur la peau.

Le différend est donc tranché aujourd'hui entre les deux termes qui se partageaient la prophylaxie des maladies contagieuses : *isolement* et *désinfection;* et ce n'est pas une conclusion insignifiante à tirer de l'épidémie de 1884 que de jeter par-dessus bord l'isolement, avec ses difficultés et ses désagréments, pour reporter tout notre zèle sur la désinfection, seule barrière efficace à opposer aux maladies transmissibles.

Il ne fallait rien moins que le démenti brutal infligé par les événements pour remettre les choses en place et affranchir les microbes du nouveau chapitre qui allait s'ajouter à

En France, on avait de ces divers mérites du livre de Kussmaul une notion vaguement accréditée par quelques travaux de critiques qui avaient fait successivement connaître certaines parties seulement de ce remarquable édifice. Mais c'est en réalité pour la première fois, ainsi que le fait observer le professeur Ball dans son élégante préface, que le public français est mis à même, grâce à la traduction du docteur Rueff, de juger de l'ensemble; traduction fidèle, heureuse, semée de véritables trouvailles d'expression, précise autant que le comporte la pensée allemande, quelquefois nuageuse sous la phrase pénible.

C'est avec ce guide, et les yeux sur l'original, que nous nous efforcerons de donner au lecteur une idée générale de la méthode et de l'œuvre du maître, en ajoutant à l'occasion les quelques données complémentaires passées dans la science depuis la publication de l'ouvrage, de façon à présenter ici l'exposition complète et résumée de la question de l'aphasie à ce jour.

Kussmaul comprend, dans son étude des troubles du langage, toutes les modalités psychiques et somatiques de l'impossibilité de s'exprimer. Ainsi, le bredouillement des idiots, des paralytiques généraux ou des glossoplégiques, le bégaiement et la surdi-mutité rentrent dans son cadre.

Cette conception est rationnelle; mais, en France, on n'a pas suivi le professeur Jaccoud dans sa tentative pour étendre, dans le sens allemand, le cadre de l'aphasie primitive de Broca et de Trousseau à tous les troubles du langage qui sont sous la dépendance des désordres de l'idéation ou de la motilité volontaire des organes de l'articulation.

Nous tenant donc aux termes de la définition de l'aphasie donnée par Falret : « un trouble des diverses manifestations de la pensée, comme la parole, l'écriture, la mimique, le dessin, la musique, le calcul, sans lésion générale de l'intelligence ni des organes de la phonation », — nous limiterons notre analyse à ce terrain restreint des *dysphasies*, opposées par Kussmaul aux *dysphrasies* ou *dyslogies* des cérébraux et aux *dyslalies* des paralytiques et névrosiques.

Aphasie ataxique. — Dans cette forme, la parole est complètement supprimée ou réduite à quelques sons toujours les mêmes; et cependant les mouvements de la langue sont libres, et l'intelligence intacte. Le ma-

---

leur histoire. Car c'est la prétendue connaissance et la crainte du microbe qui ont fourni les traits caractéristiques de l'épidémie. « L'assertion de l'existence d'un orga- « nisme microscopique comme cause du choléra a développé au delà de toute mesure, « dans les masses, la conviction profonde de la contagiosité de la maladie, qui est déjà « assez terrifiante par elle-même, en raison de sa soudaineté, de sa léthalité rapide et « de sa physionomie dramatique; de là cette panique, cet affolement qui aboutit, en « France et à l'étranger, aux mesures les plus arbitraires, les plus vexatoires, et « donne lieu aux actes déplorables qui rappellent le Moyen-Age, et qui sont parfois « indignes de nations civilisées. »

C'est M. Le Roy de Méricourt qui a défini ainsi, à la tribune de l'Académie, la part imputable aux microbes dans les dispositions de l'esprit public en face du choléra; et je ne pouvais mieux faire que de lui laisser la parole sur ce point délicat, où l'on aurait pu m'accuser de partialité et d'un acharnement de mauvais goût contre des infiniment petits.

Mais supposons que l'Espagne et l'Italie, après leurs cordons sanitaires, leurs quarantaines et leurs fumigations, aient échappé au choléra; cette immunité eût passé pour une démonstration surabondante de l'influence du microbe; on se serait persuadé qu'on l'avait arrêté au passage, qu'il s'incarnait réellement dans les émigrants, dont quelques-uns ont dû à cette croyance d'assez mauvais traitements en différents endroits. Il en serait résulté, à la prochaine occasion, un redoublement de férocité dans tous les moyens préservatifs du choléra; et cette fureur d'isolement, transportée à toutes les maladies contagieuses, nous ramenait directement aux léproseries et à l'incarcération des malades.

lade comprend les paroles qui lui sont adressées, mais il ne peut les répéter.

Pathogéniquement, les centres moteurs de l'articulation des mots (*bulbo-nucléaires*) sont plus ou moins détruits, lésion rare surtout en tant qu'isolée; ce qui est plus fréquent, c'est une lésion de l'appareil de la coordination des mouvements nécessaires à l'articulation, c'est-à-dire de la troisième *circonvolution frontale* gauche, présidant à l'expression, et de l'*insula*, où les idées prennent le vêtement du mot, d'après Huguenin; ou encore de l'appareil de conduction centripète allant de ces centres corticaux aux premiers (*partie antérieure de la capsule interne*). M. Charcot y ajouterait : la perte de la mémoire des mouvements de la parole, qui, d'après Kussmaul, ne doit pas être séparée de l'exercice même de la fonction.

Le foyer des images acoustiques est conservé, le centre idéogène intact.

Le courant principal dans l'acte de la parole émane du cerveau gauche; un courant accessoire vient du cerveau droit.

C'est le cas si connu du malade de Broca, Lelong, qui n'avait gardé que cinq mots dans son vocabulaire; d'un autre, du même auteur, qui ne disait que *tan tan,* avec un gros juron à l'occasion; de la malade de Trousseau, qui ne pouvait dire que *cousisi,* etc.

Le malade peut garder la faculté de rendre ses idées par l'écriture; mais, en d'autres circonstances, l'écriture n'est plus possible et le malade est, par surcroît, *agraphique;* agraphie complète ou non, comme l'aphasie ataxique elle-même, suivant que toute figuration littérale est interdite au malade ou qu'il peut encore tracer des caractères informes, incorrects ou ne correspondant plus à sa pensée. Dans ce cas, le centre moteur d'expression graphique, ou l'appareil de conduction, ou celui de coordination sont atteints. Si le malade a perdu la lecture (*alexie*), le foyer des images visuelles participe à ces troubles.

Les troubles de l'écriture et de la parole ne vont pas toujours parallèlement : mais, dans la règle, ces deux facultés sont troublées ensemble, ce qui prouve que les deux centres sont étroitement unis et que leurs voies s'entre-croisent.

Le langage des gestes est plus rarement compromis. Cependant les

---

La subtilité du microbe a renversé tout cela; arrivé aux frontières, il a pris modèle sur leurs habitants naturels, les contrebandiers, et il a passé comme eux en dépit de la douane et de la plus étroite surveillance.

Certains pays cependant, dont j'ai déjà dit quelques mots, ont réussi complètement à éloigner le choléra de leur territoire, et ont éprouvé le besoin de faire certifier par les consuls de toutes les puissances que la santé publique était « plus parfaite que jamais » dans les villes en question. Cette manifestation des consuls est une nouveauté en matière d'hygiène internationale, et je me demande comment des consuls, qui sont ordinairement banquiers, armateurs, commerçants ou agents d'assurances, auraient une compétence spéciale pour rédiger des consultations sur l'état sanitaire de leur résidence. Leur affirmation, si bizarre qu'en soit la provenance, n'est d'ailleurs pas suspecte, et l'on ne peut que souhaiter à la vérité qu'ils proclament aujourd'hui sa continuation jusqu'à demain, après-demain et au delà.

*
* *

Le choléra ayant renoncé, selon toute apparence, à nous rendre visite à Paris, il est remplacé depuis quelque temps par une épidémie d'un autre genre, dont les victimes sont tourmentées par un besoin invincible de lever le nez en l'air. Il est peu de jours où l'on ne voie les rues et les carrefours garnis de Parisiens regardant obstinément vers le ciel, dans la contemplation ou l'attente d'un des nombreux ballons qui se promènent au-dessus de la capitale.

Les chercheurs infatigables qui se sont voués à l'étude de la navigation aérienne, peuvent se vanter de nous entretenir dans de continuelles émotions. Il suffit qu'un passant

exemples s'en rencontrent, l'*amimie* dénotant généralement des troubles graves et compliqués.

Aphasie amnésique. — La parole est plus ou moins supprimée, mais non mutilée ; le sensorium est d'abord intact; l'idée est là, mais le mot manque : suggéré, il peut être prononcé.

Le degré le plus léger est représenté par l'*aphasie simple de souvenir*. C'est le cas de cet ambassadeur de Saint-Pétersbourg, chez qui l'oubli des noms propres était poussé jusqu'à la perte de son propre nom. Pour s'annoncer en visite, il lui fallait s'adresser à la personne qui l'accompagnait : « Au nom du ciel, dites-moi comment je m'appelle ! » Un épileptique observé par Forty Winslow ne pouvait prononcer un mot ; mais il disait et écrivait sans difficulté les mots qu'on lui dictait. De singulières variétés sont présentées par des malades auxquels les mots ne viennent que par leurs initiales (Graves), et d'autres au contraire auxquels les consonnes initiales seules échappent (Schesinger).

C'est le substantif surtout qui manque aux aphasiques, comme représentant une idée concrète que l'esprit conçoit plus difficilement indépendamment des mots, que des modes, des qualités. L'aphasie simple de souvenlr est physiologique, pour ainsi dire, chez le vieillard.

A un degré de plus, on a l'*aphasie amnésique grave*. Le malade entend les mots et les comprend; mais ou il est dans l'impossibilité de les répéter même immédiatement, ou il les répète estropiés, prenant l'un pour l'autre. Il n'est plus, comme dans l'aphasie ataxique, limité à un petit nombre d'articulations ; il prononce toutes les lettres, tous les mots, mais s'en sert inopportunément.

Il y a donc un trouble d'association entre l'idée et le mot. Le mot perçu ne provoque pas l'idée correspondante, et l'idéation n'a plus à son service l'expression adéquate.

Ainsi un malade de Kussmaul donnait à la cuiller, à la fourchette un nom plus ou moins différent du mot usuel ; il employait, en parlant aux personnes, la 3e personne au lieu de la 2e ; il formait des phrases entières d'un chapelet de mots incompréhensibles.

Même en n'ayant plus un seul mot à sa disposition, un malade de ce genre peut encore être fort intelligent. De nombreuses combinaisons psychiques

---

1 ève la tête pour qu'on le croie dans les secrets de l'atelier de Meudon et qu'on s'assemble autour de lui afin de voir arriver le ballon.

Le simple attrait d'un spectacle toujours original n'est pas la seule cause de cette préoccupation. Il s'y joint aussi la légitime sympathie que tout le monde ressent pour la persévérance et la réussite des capitaines Renard et Krebs, et enfin le secret désir de se rendre compte par soi-même des chances que nous pouvons avoir de voyager bientôt en ballon. Voyager en ballon, et non plus en chemin de fer ! Ce serait, avec le pavé en bois, le couronnement de l'édifice en fait de locomotion.

Car la civilisation n'est qu'une barbarie relative, et ce que nous considérons comme des progrès immenses, comme la gloire du XIXe siècle, etc., ne consiste souvent qu'en tortures raffinées et amplifiées. Aucun temps n'a rien connu d'aussi cruel qu'un voyage en chemin de fer. Le supplice commence dès les premiers apprêts : au buffet, où vous voulez dîner avant de partir et où les garçons courent de tous les côtés sans rien vous apporter; au guichet, où il faut se bousculer pour prendre son billet. Quant à votre malle, vous la confiez à des gens qui la traitent de telle sorte, que si votre bonne en faisait autant avec une chaise ou un fauteuil, vous la mettriez immédiatement à la porte.

Vous-même, avez-vous jamais réfléchi aux conditions draconiennes qu'on vous impose en voyage ? Vous enfermer pendant quinze ou vingt heures avec sept personnes que vous ne connaissez pas, dans un espace où vous n'aurez pas la place de vous retourner ! Mais, si l'on vous proposait de faire entrer chez vous, pendant un instant seulement, un inconnu qui mettrait une casquette et vous donnerait des coups de pied, vous pousseriez des cris atroces contre cette violation de domicile. Dans un wagon, cela semble tout naturel.

s'accomplissent en effet sans mots : « Je n'ai j'ai jamais pu jouer que fort mal aux dames et aux échecs, disait Trousseau ; mais je m'indignais, à Charenton, de me voir gagné sous jambes par des gens qui ne savaient pas assembler deux idées. » Cependant l'intelligence, dans ce genre d'aphasie aussi bien que dans le précédent, subit presque sans exception un affaiblissement, mais sans parallélisme avec le degré de l'aphasie, ce qui implique évidemment des localisations différentes.

Ici, les foyers des images acoustiques et optiques sont momentanément ou partiellement détruits ; ou séparés du centre idéogène par des altérations de l'appareil de conduction dans les deux sens.

Dans les formes graves, le centre idéogène est atteint.

Surdité verbale. Cécité verbale. — Voici des malades qui ne sont pas, à proprement parler, aphasiques ni agraphiques, puisqu'ils parlent et écrivent. Mais avec une ouïe qui a conservé d'ailleurs sa finesse, la voix parlée ne donne à percevoir au malade qu'une succession de bruits sans signification pour l'intelligence ; de même que l'œil ne saisit dans une page d'impression qu'un ensemble de traits et de points ne disant rien à l'esprit. L'association est donc rompue entre le signe conventionnel et l'idée dans le sens du signe à l'idée ; mais elle subsiste dans le sens de l'idée au signe, puisque le malade reste en possession de la parole et de l'écriture ; désordre inverse de l'aphasie amnésique, il y a *asémie perceptive* et non *asémie expressive*.

Kussmaul s'était contenté de dire que les ateliers des images vocales et écrites sont distincts entre eux et différents de ceux des idées ; produits corticaux, très probablement, sinon de circonvolutions différentes, au moins de réseaux cellulaires différents dans les mêmes circonvolutions.

Des observations postérieures ont montré la surdité verbale associée à une lésion de la *première circonvolution temporale gauche*, et la cécité verbale à des lésions du *pli courbe et du lobule pariétal inférieur.* — Le centre idéogène est intact, mais a perdu ses communications centrifuges, et non centripètes, avec les foyers des images acoustiques et optiques.

Ces troubles sont généralement unis à une des deux premières formes. Il y avait de la cécité verbale dans l'aphasie amnésique de Lordat ; il pouvait épeler, nous dit-il, non lire mentalement.

On est brisé, moulu, ankylosé, couvert et incrusté de poussière, avec des morceaux de charbon dans les yeux ; on ne peut ni dormir, ni lire, ni regarder le paysage ; puis on ose dire après cela que les chemins de fer sont une des merveilles de notre époque ! Et quand on pense qu'il y a des gens qui n'y sont pas forcés et qui voyagent pour leur agrément ! C'est incompréhensible. Cette machine noire, puante, qui siffle comme un monstre et crache comme un volcan, ces affreuses boîtes qui vous secouent sans pitié, ça n'est pas du progrès, c'est pire que l'Inquisition. Jadis, de deux choses l'une : ou l'on restait chez soi, et l'on consentait à parcourir toute sa carrière sans connaître les musées des autres pays, ni leurs hôtels, ni leur cuisine ; ou bien, pour les gens qui se déplaçaient, les voyages étaient une longue promenade en voiture, pendant laquelle on couchait tous les soirs dans un lit.

J'espère encore que la découverte positive de la direction des ballons viendra, un jour ou l'autre, nous délivrer de toutes les misères des voyages en chemin de fer. Il serait temps d'ailleurs de faire compensation au spectacle humiliant que nous donne le dernier des moineaux, qui s'envole comme il veut et va se percher n'importe où. Il y a en outre une inégalité flagrante dans notre assimilation aux diverses classes d'animaux, puisqu'une catégorie assez nombreuse de citoyens passe pour avoir adopté les mœurs des poissons, tandis que nous restons encore inférieurs aux oiseaux.

*
* *

Il faut citer aussi, parmi les récentes étrangetés, les scènes de cannibalisme qui se sont déroulées pendant la dernière expédition américaine au pôle Nord, et parmi les

La surdité et la cécité verbales présentent des variétés correspondant aux divers ordres d'idées susceptibles d'expression. On nous citait récemment un malade un peu différent du sujet de Proust (celui-là ne pouvait calculer que sur le papier), qui se fait répéter en vain le prix des objets dans un magasin, et finalement est obligé de se le faire écrire.

Finckelsburg rapporte l'histoire d'un malade qui avait perdu l'intelligence des sons musicaux quoique son ouïe fût parfaitement normale. Nous venons de voir un violoncelliste de talent qui avait dû rapprendre, après une attaque, ses notes, la lecture de la musique, en même temps que le mécanisme complet de l'instrument.

Il nous reste à dire quelques mots d'autres troubles de la diction qui sont moins des espèces dysphasiques distinctes que des variétés, qu'à une analyse plus minutieuse on distingue parmi les précédentes.

Ainsi dans la *paraphasie*, qui fait souvent partie de l'aphasie ammésique, et que nous appellerions volontiers le *langage à côté*, un mot vient pour un autre, et on a, dans les formes graves, une phrase absolument incompréhensible de mots individuellement corrects.

L'*allitération*, commune dans le discours de certaines personnes aux idées d'ailleurs parfaitement nettes, en est un degré atténué. C'est la mésaventure de ce professeur qui, à l'hilarité générale de ses auditeurs, prononce Mitschig et Liederlich, voulant dire Mitscherlich et Liebig.

Dans la *paraphasie choréique*, c'est un déchaînement incohérent de syllabes détachées et de mots rompus où on reconnaît parfois des consonnances des diverses langues connues du malade. Osborne a vu un de ses malades ainsi atteints dont l'écriture était cependant correcte, cas exceptionnel, car la paraphasie s'accompagne le plus souvent de *paragraphie*, qui est le même désordre de la confusion des mots dans l'écriture, de *paralexie* et même, quoique plus rarement, de *paramimie* (lecture et gesticulation à faux).

Steinthal a encore distingué, avec raison, les *troubles syntaxiques* de la diction. Il se présente en effet des cas où le discours de l'aphasique rétrograde à un des stades primitifs de l'évolution du langage ; il y a manque absolu de discernement dans l'emploi des temps, des personnes, des désinences, de la construction ; d'où un langage *petit nègre* ou enfantin, qui a cependant sa logique : c'est l'*agrammatisme*.

---

naufragés de la *Mignonnette*. Lugubre déchaînement de l'instinct de conservation, cruelles hallucinations de la faim, qui semblent ressortir bien plus à la pathologie mentale qu'à la justice humaine. Du reste, sans être emprisonné dans les glaces ni balloté sur une mer furieuse, en plein Paris en un mot, si l'on ne se mange pas tout à fait, on se mord du moins vigoureusement, ce qui est déjà un commencement d'anthropophagie.

Par contre, une nouvelle rassurante est celle qu'on a pu lire dans les journaux, de l'abondance et de la beauté des récoltes. Je confesse que cette révélation m'a procuré un plaisir mélangé d'une surprise extrême. Non pas que je doute que les récoltes puissent être bonnes, ni même qu'elles le soient assez souvent ; mais je ne l'avais jamais entendu dire, et je me figurais qu'il y avait un accord tacite pour qu'on proclamât toujours le contraire. Aussi loin qu'on peut remonter dans ses souvenirs, se rappelle-t-on autre chose que des doléances sur les malheurs du blé et de la vigne ? Il semblait convenu, une fois pour toutes, qu'on ne parlerait des biens de la terre qu'en hochant la tête et en poussant des soupirs ; pour qu'on sorte de ces habitudes, il faut que la déesse de l'agriculture nous ait comblés de ses faveurs.

Après l'aveu sur les récoltes, si quelqu'un venait insinuer que les affaires ne vont pas trop mal, le bouleversement serait complet dans les formules reçues. Il ne faut pas demander tant de choses à la fois. Il y a cependant un genre d'affaires qui est un criterium de la prospérité publique et de la clémence des saisons ; ce sont les recettes des établissements de bains froids. Elles ont dû être fructueuses cet été, et c'est encore un thème ordinaire de lamentations qu'on a pu remplacer par des expressions de contentement.

En vérité, je vous le disais en commençant, une année où les récoltes sont bonnes

L'*akataphasie* désigne plus spécialement l'état dans lequel le trouble syntaxique se joint au trouble des idées pour aboutir à la construction de phrases où les mots s'enchevêtrent sans lien ni méthode.

Dans l'*achoppement syllabique*, la langue fourche sur certaines articulations toujours les mêmes, les remplace par d'autres plus faciles à émettre, facilitant les transitions.

Mais ici nous confinons aux lésions diffuses et étendues de l'écorce et des méninges, aux désordres de la paralysie générale, et c'est un terrain où nous nous sommes interdit de suivre l'auteur. — R. L.

BIBLIOTHÈQUE

Etude sur les cystites blennorrhagiques, par le docteur F. Leprévost, interne des hôpitaux de Paris, etc. — Paris, 1884.

Placé mieux que personne pour étudier cette affection, dont l'histoire aussi ancienne que celle de la blennorrhagie commence pour ainsi dire avec celle de l'humanité, l'interne de M. le professeur Guyon a su mettre à profit l'enseignement de son maître éminent, et rajeunir un sujet dont la banalité apparente avait jusqu'alors masqué de nombreux *desiderata* et d'importantes lacunes. Ce sont ces points spéciaux que M. Leprévost s'est efforcé de mettre en relief, en insistant particulièrement sur certains symptômes trop souvent négligés (recherches du pus dans l'urine, incontinence à forme spéciale, etc.) de la cystite blennorrhagique aiguë, et sur les formes chroniques de l'affection jusqu'ici mal décrites. Quelques expériences faites à l'amphithéâtre des hôpitaux dans le laboratoire de M. Tillaux, et les cinquante-six observations personnelles et inédites réunies par l'auteur à la fin de son mémoire affirment la justesse de ses conclusions et la valeur de ses recherches aussi consciencieuses que délicates.

Après avoir consacré un premier chapitre à l'historique des cystites blennorrhagiques, M. Leprévost commence par étudier la cystite aiguë du col. Sa nature, son siège, l'époque de son apparition, ses causes, ses symptômes forment autant de sous-chapitres distincts dont nous résumerons les traits principaux. Les symptômes classiques de la cystite blennorrhagique sont la résultante d'une inflammation de la muqueuse de l'arrière-canal, d'une uréthrite postérieure. Les lésions anatomo-pathologiques qui la caractérisent ont pour siège la muqueuse de l'urèthre postérieur, et n'empiètent pas sur la muqueuse vésicale. La fréquence des mictions, le ténesme vésical et l'écoulement de sang terminal sont à l'uréthrite postérieure ce que les érections, l'écoulement purulent

---

et où les bains froids ne sont as dans le marasme, n'est pas une année comme les autres.

*
* *

Enfin, cette série d'étonnements allait se clore dignement par l'exposition des bébés, si le *veto* administratif n'était venu en interrompre la préparation. J'ignore si les organisateurs de ce concours auront gain de cause dans leurs protestations, et si le Palais de l'Industrie sera livré un jour à l'exhibition des nourrices, des nourrissons et de tous les accessoires de l'élevage humain. Une réunion de beaux enfants n'aurait pas offert un coup d'œil déplaisant, et l'on ne voit guère les raisons qui ont fait bannir les arts reproductifs du sanctuaire des arts décoratifs. C'était un hommage rendu à la multiplication et à l'amélioration de l'espèce, que cette exposition de bébés, et l'on pouvait y puiser d'utiles enseignements sur l'hygiène de la première enfance.

Il est vrai que, réduite aux proportions d'un simple alignement de bébés et de nourrices, l'exposition n'aurait pas porté tous ses fruits, en laissant encore dans l'ombre certains documents concernant les causes premières de la beauté des enfants. Car, si la vigueur et la prospérité d'un nourrisson sont étroitement subordonnées aux soins dont on l'entoure et à la façon dont on l'alimente, il est incontestable aussi que les conditions dans lesquelles les enfants sont confectionnés influent puissamment sur leur avenir moral et physique. Le langage populaire consacre cette donnée; la locution qui fait naître les gens bien doués sous une heureuse étoile, n'est qu'une allusion discrète à l'étoile du berger et à son heureuse intervention dans l'accroissement des familles. La statistique a

et la strangurie sont à l'uréthrite antérieure. La cystite blennorrhagique est le plus souvent *tardive* (par opposition aux cystites *précoces* ou *latentes*) et apparaît en général quatre semaines ou plusieurs mois après le début de la blennorrhagie. L'époque de son apparition s'explique par la marche lente et progressive de l'affection, et surtout par la présence du ligament de Carcassonne, sorte de barrière anatomique séparant l'urèthre antérieur de l'urèthre postérieur, et consacrant le dualisme de ce canal, dont les deux portions diffèrent à la fois par leur développement, leur structure et leurs fonctions. L'étiologie est assez complexe; outre les causes prédisposantes, telles que les cystites antérieures (Fournier), les diathèses (Verneuil), l'idiosyncrasie des individus, les principales causes déterminantes sont l'injection forcée, les manœuvres intempestives exercées sur le canal de l'urèthre, et toutes les causes locales ou générales capables d'irriter le col de la vessie. Le rôle de la chemise de flanelle (Diday) nous paraît plus que problématique, et l'ingénieuse théorie de l'auteur, dont les expériences nous semblent démonstratives, explique d'une façon très satisfaisante l'innocuité relative du cathétérisme dans le cours d'un écoulement blennorrhagique aigu, et l'inoculation de l'urèthre postérieur par le seul fait d'une injection poussée sans mesure. Aux symptômes classiques de la cystite blennorrhagique, il faut ajouter : la *sécrétion muco-purulente* de l'urèthre postérieur, dont l'existence est constante; la *rétention d'urine* parfois complète, plus souvent incomplète, due à une sorte de tétanie uréthrale (Mauriac) par contraction réflexe du sphincter membraneux qui l'emporte sur celle du corps de la vessie; l'*incontinence relative* qui succède à la rétention incomplète, et qui est due, non plus à la contracture, mais à la paralysie du sphincter uréthral (loi de Stokes?); l'*uréthrorrhagie*, qui se produit à la fin de la miction, et peut être assez considérable pour déterminer la variété de cystite dite hémorrhagique. La cystite aiguë du col n'est en réalité qu'une phase de l'uréthrite et, comme telle, est d'une bénignité relative; mais sa tendance à la chronicité, l'imminence des récidives, et son extension possible à la vessie et aux reins en font une véritable complication de la blennorrhagie, souvent très redoutable.

A l'état chronique, la cystite du col se présente sous différentes formes : tantôt elle reste latente; tantôt elle renaît sous la moindre influence (cystite à répétition); tantôt elle persiste à l'état aigu pendant des mois, et rend impossible la vie du malade, qui tombe dans l'hypochondrie et le marasme. Elle peut entraîner de graves complications du côté du corps de la vessie et mérite alors le nom d'*uréthro-cystite*. Les lésions s'étendent alors au trigone vésical et au bas-fond de la vessie, et paraissent consister en une inflammation de la muqueuse vésicale, caractérisée macroscopiquement par une agglomération de petites végétations fongueuses et rougeâtres, et histologiquement par une infiltration de leucocytes entre les faisceaux de la tunique musculaire, et la formation de petits abcès miliaires au niveau de la couche sous-muqueuse. Ces lésions

---

montré depuis longtemps que les enfants de l'amour étaient souvent mieux partagés que les enfants du devoir.

Une petite explication complémentaire sur cette partie de la question aurait donc éclairé très vivement les motifs d'embonpoint et de bonne humeur des bébés les mieux tenus ; et c'est probablement la difficulté de réunir et de publier ces commémoratifs, qui a décidé le préfet de police à interdire l'exposition.

L'homme est en effet le seul, parmi les animaux, qui fasse des enfants à tout propos et en toute saison ; d'où une cause radicale d'infériorité pour l'espèce humaine. Tandis que tous les êtres de la création ont un moment psychologique pour se reproduire, nous, au contraire, nous faisons preuve, pour cette matière, d'un laisser-aller déplorable. Aussi, qu'arrive-t-il ? Tous les chiens ont du nez, tous les éléphants sont intelligents, tous les chats sont agiles, tous les rossignols chantent, parce que chiens, éléphants, chats et rossignols ne sont procréés qu'à l'époque précise marquée par la nature pour cette opération. Par la raison inverse, certains hommes manquent de nez, quelques-uns laissent à désirer comme intelligence, d'autres sont dépourvus de souplesse, et beaucoup cherchent en vain à se découvrir cent mille francs dans le gosier.

Les seuls animaux qui restent souvent au-dessous des qualités de leur race, sont précisément ceux dont nous avons pris les accouplements sous notre protectorat, et chez lesquels nous réglementons les appels de la nature. Tel est le cas des chevaux. C'est pour cela que la race chevaline a si grand besoin d'amélioration, et qu'il y a tant de bookmakers qui fonctionnent uniquement dans ce but.

P. Dubray.

peuvent être le point de départ d'une pyélo-néphrite ascendante, et, dans ce cas, la sécrétion purulente devient si abondante qu'elle fait donner aux malades le nom de *pisseurs de pus*, suivant l'heureuse expression de M. Guyon. Les altérations rénales ne revêtent pas toujours la forme suppurative, et sont parfois interstitielles; mais, quelle que soit leur forme, elles sont toujours une complication d'une extrême gravité.

Quoique mise en doute par MM. Fournier et Chauvel, la cystite blennorrhagique aiguë du corps paraît exister réellement. Elle est le plus souvent très fugace et difficile à saisir; mais elle peut être suraiguë, et s'accompagner de lésions analogues du côté des reins. Cependant, de nouvelles et nombreuses observations seraient nécessaires pour bien établir la part qui revient à la blennorrhagie dans la généralisation du processus inflammatoire, étant données les influences multiples (refroidissement, état constitutionnel, fatigue, etc.) qui peuvent être invoquées comme causes déterminantes. Le problème à résoudre est toujours le même : s'agit-il d'une néphrite blennorrhagique, ou d'une néphrite chez un blennorrhagien?

Le diagnostic des cystites blennorrhagiques est en général facile, grâce aux moyens d'examen recommandés par le professeur Guyon : l'explorateur *à boule olivaire*, et l'expérience dite *des deux verres*. Le traitement peut se résumer dans les trois indications suivantes : la méthode antiphlogistique pour la cystite aiguë du col; les instillations de nitrate d'argent pour la cystite subaiguë et chronique; la dilatation forcée (massage de Tillaux) ou la section (Dolbeau) du sphincter membraneux dans les cas de cystite chronique rebelle. La belladone (3 à 8 pilules par jour de 0,1 centigr. d'extrait) et les instillations de nitrate d'argent (solution titrée au 50e); telle est la méthode thérapeutique inaugurée et employée avec succès par M. Guyon dans le traitement des cystites chroniques. M. Leprévost a eu l'ingénieuse idée d'essayer de combattre directement la contracture du sphincter uréthral en instillant dans l'arrière-canal quelques gouttes d'une solution concentrée d'atropine (0,20 centigr. pour 30 grammes d'eau). Il espérait que l'atropine agirait sur le sphincter membraneux comme sur la pupille, et en produirait la dilatation. Bien que les résultats n'aient pas été très satisfaisants, il n'y a pas lieu de condamner absolument cette idée dont la réalisation doit être, croyons-nous, l'objet de nouvelles et patientes recherches.

En résumé, ce travail fait le plus grand honneur à son auteur et au maître qui l'a inspiré. Grâce à M. Leprévost, nous possédons aujourd'hui une étude complète des cystites blennorrhagiques. La forme ne laisse d'ailleurs rien à désirer, et l'on reconnaît la plume élégante d'un des collaborateurs les plus distingués de l'une de nos revues hebdomadaires. Aussi nous ne doutons pas que le public médical, toujours avide d'un enseignement clair et pratique, ne fasse un excellent accueil à cette intéressante monographie.

Maurice NOTTA.

REVUE DES JOURNAUX

De la vessie pendant la parturition, par le professeur HALLIDAY CROOM. — L'éminent professeur de gynécologie et d'obstétrique de l'Université d'Edimbourg vient de publier une monographie des plus remarquables sur un sujet resté jusqu'ici assez négligé, l'état de la vessie pendant la parturition. Jusqu'ici on s'est contenté de considérer la vessie comme un réservoir commode dont il y a peu à s'occuper lorsqu'il est vide, et qu'il faut vider soigneusement dès qu'il s'agit d'une affaire obstétricale quelconque. Après l'accouchement, constate-t-on une lésion escharotique de l'urèthre, une simple contusion de ce canal, on se contente d'incriminer la pression de la tête fœtale sur les parties, sans s'inquiéter souvent de ce qu'il revient de ces lésions au cathéter; il est certain cependant qu'en cas de compression du canal de l'urèthre par la tête fœtale engagée, le cathétérisme forcé de ce canal ne contribue pas à arranger les choses. Lorsque la vessie est distendue pendant la parturition, le tiraillement en haut auquel ce viscère est soumis détermine une constriction de la paroi antérieure du vagin, constriction qui est plus marquée en avant, mais qui s'étend néanmoins circulairement aux culs-de-sac vaginaux et dont le doigt peut facilement se rendre compte.

Cette disposition est plus commune chez les primipares, et elle est très rarement constatée en dehors de la grossesse.

Le professeur Halliday Croom rapporte une observation détaillée et le résultat de ses expériences qui tendent à prouver que, contrairement à ce qu'on croit généralement, la pression à laquelle est soumis le bas-fond de la vessie pendant le second stade du travail n'est pas due à l'engagement de la tête dans la cavité pelvienne, mais à l'action

des muscles abdominaux volontaires. « En vue d'écarter tous les doutes qui peuvent s'élever sur cette question, je fis un certain nombre d'observations manométriques sur des femmes que je délivrais par le forceps, et j'ai constaté que lorsque des tractions marquées étaient exercées sur la tête fœtale à l'aide du forceps, il n'y avait absolument aucune ascension de la colonne mercurielle dans le manomètre en l'absence de douleurs, et, lorsque les douleurs se faisaient sentir, les tractions ne déterminaient aucune ascension additionnelle. »

La distension de la vessie, même à un degré modéré, est en somme une chose rare dans la grossesse, le praticien accoucheur doit être frappé de la rareté des cas dans lesquels l'emploi du cathétérisme est nécessaire au cours du travail, malgré tout ce qu'on a dit contrairement à cette proposition. Le changement de volume de l'utérus et la dilatation du col sont encore deux autres causes de compression de la vessie. Ainsi l'engagement de la tête fœtale ne serait pas la cause véritable de la compression de la vessie ; au contraire, l'importance de la contraction des muscles abdominaux est encore mise en lumière par l'énorme augmentation que l'on peut constater dans la pression intra-abdominale pendant le temps d'engagement, lors des efforts volontaires de la malade pour tousser, vomir ou pousser. Dans les premiers temps de l'état puerpéral, la distension de la vessie est d'une occurrence relativement fréquente et peut devenir une cause de déplacement de l'utérus, et cependant, par routine, on néglige trop encore de vider la vessie par le cathétérisme dans les premiers stades du puerpérisme. — L. Dn.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1884.

PARIS. — Depuis l'enregistrement de deux décès cholériques à Clichy et à Aubervilliers, aucun autre décès n'aurait été constaté. Cependant il existe de-ci et de-là dans le milieu parisien des cas suspects de cholérine.

DÉPARTEMENTS. — Dans les *Bouches-du-Rhône* et le *Var*, on enregistre toujours des décès cholériques ; mais leur nombre est peu élevé. Depuis le 24 septembre jusqu'au 1er octobre, ils ne dépassent pas 23 à Marseille, 8 à Toulon et 9 dans les localités avoisinant cette ville.

L'épidémie s'atténue aussi dans les *Pyrénées-Orientales*, où, malgré la contamination de deux villages, Salies et Canoches, le nombre des décès aurait été de 33 depuis huit jours, d'après les informations que nous avons sous les yeux et auxquelles nous devons nous en rapporter provisoirement en l'absence de détails officiels. Jusqu'ici, dans ce département, il y a eu 528 décès cholériques, dont 337 dans l'arrondissement de Perpignan, 162 dans celui de Prades et 29 dans celui de Céret.

Dans l'*Hérault*, l'épidémie a diminué ; on y compte seulement 11 décès. Par contre, on signale la contamination de l'arrondissement de Nyons, dans la *Drôme* ; la persistance de la maladie dans l'*Ardèche*, à Saint-Remèze, Lavilledieu et Villeneuve-de-Berg, villages où se sont produits 16 décès, et une notable augmentation de la mortalité dans le *Gard* où le choléra a fait 39 victimes du 25 septembre au 1er octobre.

Quatre départements viennent d'être envahis : l'*Ariège*, le 28 septembre, on y compte 2 décès ; le Cantal, à la même date, dans le canton de Tuerigut, où il y a eu 4 décès suspects à Artigues ; la *Corrèze* où on a constaté 2 décès, le 29, sur les limites du département du Cantal ; enfin le Lot, où on annonce 2 décès à Bagnac.

ALGÉRIE. — Depuis le 26, Bône et Oran sont contaminées, et jusqu'à présent on a enregistré 10 décès dans la première, et 21 dans la seconde.

ETRANGER. — En Italie, du 23 au 30 septembre, les bulletins officiels mentionnent 3,355 cas nouveaux, dont 310 à Gênes et 1,415 à Naples. En même temps, la mortalité était de 1,688 décès, dont 674 à Naples et 172 à Gênes. L'épidémie est donc en notable décroissance à Naples et en rapide augmentation à Gênes, surtout depuis le 25 septembre.

En Espagne les cas sont peu nombreux, et la mortalité n'augmente pas ; on a signalé, du 24 au 30 septembre, 43 décès seulement, dans les localités et les provinces précédemment contaminées. — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 29 septembre 1884. — Présidence de M. ROLLAND.

M. MAREY présente une note de M. W. VIGNAL, intitulée : *Formation et développement des cellules nerveuses de la moelle épinière des mammifères.*

« Les cellules nerveuses ne font, dans la moelle de l'embryon de brebis, leur apparition, d'une façon nette et absolument certaine, qu'à l'époque qui correspond à la dixième semaine de la vie utérine de l'embryon humain ; elles proviennent d'une transformation des cellules qui forment la substance grise embryonnaire, et que nous avons décrites dans une communication précédente. Les cellules nerveuses apparaissent simultanément dans cette substance en deux groupes principaux : l'un est situé au bas de la corne antérieure, l'autre plus haut et sur le côté externe de cette corne. Ces deux groupes correspondent respectivement, dans la moelle dorsale, au groupe antérieur et au groupe de la corne latérale ; quelques autres cellules disséminées irrégulièrement se voient encore dans la corne antérieure.

« Lorsqu'on étudie ces cellules dans une préparation obtenue par dissociation, on voit qu'elles sont plus grandes que celles qui les environnent ; leur forme est très variable, irrégulière ; elles ont de longs prolongements très grêles qui quelquefois se divisent ; leur noyau est toujours volumineux, il a un contour fort net et renferme, outre des granulations peu distinctes, un ou deux nucléoles ; leur protoplasma ainsi que ses prolongements se colorent faiblement par l'osmium. Ce protoplasma est peu dense, il rappelle comme aspect une émulsion d'albumine légèrement teintée en brun ; il renferme souvent de nombreuses vacuoles quelquefois très petites, d'autrefois assez volumineuses ces vacuoles ne se trouvent jamais dans les prolongements.

« Entre cette forme, qui est la plus avancée, et les vraies cellules embryonnaires, qui constituent à cet âge la masse principale de la substance grise de la moelle, on rencontre toute une série intermédiaire.

« Dans un embryon de mouton long de $0^m,10$ et correspondant comme âge à un fœtus humain de trois mois et demi, on voit encore dans la corne antérieure quelques cellules qui présentent le même aspect que celles que nous venons de décrire, mais généralement elles sont plus volumineuses, ont de nombreux prolongements, qui se ramifient souvent ; leur noyau est volumineux, nettement délimité, renferme un ou deux nucléoles brillants. Leur protoplasma se colore en brun clair par l'acide osmique, il renferme de grosses granulations peu réfringentes, qui ne sont jamais nettement délimitées, mais qui se confondent plus ou moins avec la masse générale qui les enveloppe.

« Les prolongements des cellules nerveuses ont le même aspect que le protoplasma ; ils se ramifient souvent. Dans les cellules les plus développées on aperçoit généralement un prolongement plus grêle que les autres, qui jamais ne se ramifie et qui paraît être formé par une substance homogène ; nous avons tout lieu de croire que c'est le prolongement de Deithers.

« Les cellules de la colonne de Clarke font leur apparition dans l'embryon de brebis, lorsque celui-ci a $0^m,17$ de long, et qu'il correspond, comme âge, à un fœtus humain de quatre mois.

« Jusqu'à ce que les embryons du mouton aient atteint une longueur de $0^m,25$, ce qui correspond environ au cinquième mois et demi de la vie utérine de l'embryon humain, le protoplasma des cellules nerveuses des cornes antérieures ne change pas sensiblement d'aspect ; il devient seulement plus ferme et les prolongements augmentent de volume ; il est alors plus facile de voir leurs divisions, mais la structure de la cellule reste la même. A cette époque apparaissent les cellules des cornes postérieures.

« Au sixième mois de la vie utérine de l'embryon humain et à l'époque correspondante dans celui de la brebis, on voit que, dans quelques cellules des cornes antérieures, la surface du protoplasma formant le corps cellulaire prend une apparence vaguement striée. Cette apparence est due à ce que les granulations du protoplasma, devenues plus fines, se rangent en séries linéaires ; mais de fibrilles proprement dites, on n'en découvre pas la moindre trace. Cet arrangement des granulations n'existe généralement pas dans tout le protoplasma, mais seulement dans une partie : il ne s'étend jamais dans les prolongements.

« Au septième mois, la majorité des cellules des cornes antérieures présentent dans le protoplasma entourant le noyau, soit dans toute son étendue, soit seulement dans une

partie, une différenciation fort nette, sous la forme de fibrilles excessivement grêles, entre lesquelles se trouvent des granulations protoplasmiques.

« Au huitième mois, presque toutes les cellules des cornes antérieures possèdent une véritable structure fibrillaire ; celle-ci s'étend même souvent dans les prolongements, tandis que, dans celles des cornes postérieures, la fibrillation n'est pas encore distincte.

« A la naissance, il est rare de voir des cellules qui ne soient pas striées ; cependant on en rencontre toujours quelques-unes. Les cellules nerveuses sont alors tout à fait semblables à celles de la moelle adulte ; elles présentent les détails de structure que nous leur connaissons, d'après les travaux de Deithers et M. Schultze. Leur volume est cependant moindre que celui des cellules adultes, et elles ne renferment jamais de granulations pigmentaires, ce qui semble bien indiquer que ces dernières sont des produits de dégénérescence.

« Je rappellerai, en terminant, que quelques auteurs d'anatomie comparée ont émis l'hypothèse que, à un certain moment de son développement, la moelle est formée par une série de ganglions soudés bout à bout, et qu'elle représente alors la chaîne nerveuse de certains invertébrés. Les travaux des embryogénistes ont fait justice, jusqu'à un certain point, de cette supposition, en démontrant qu'elle ne présente pas une série de renflements et de rétrécissements.

« Il restait à savoir si, lorsque les cellules se forment, elles ne sont pas réunies par petits groupes, de façon à constituer des ganglions dissimulés. A l'aide de coupes transversales faites en série et de coupes longitudinales, je me suis assuré qu'à aucun moment du développement les cellules ne forment des groupes qu'on pût assimiler à des ganglions : elles s'étendent sous forme de colonnes presque régulières dans toute la longueur de la moelle. »

FORMULAIRE

Traitement brésilien de l'herpès circiné. — Da Silva Lima.

On frictionne la plaque d'herpès circiné avec une éponge imbibée de vinaigre, puis on y applique un magma formé de poudre d'araroba et de vinaigre. Le lendemain, on lave à l'eau tiède ou à l'eau savonneuse, et on recommence l'emploi des mêmes moyens jusqu'à guérison.

L'araroba renferme une grande quantité d'acide chrysophanique, et un principe qui n'a pas encore été déterminé. Il produit sur le linge des taches violacées, et comme il est très irritant pour les muqueuses, il ne doit être pansé qu'avec précaution. — N. G.

COURRIER

Enseignement libre. — M. le docteur Nicaise, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Laënnec, commencera ses conférences de clinique chirurgicale, le samedi 4 octobre, à dix heures, et les continuera les mardis et samedis suivants.

Legs. — Notre regretté et distingué confrère M. le docteur Oulmont vient de laisser par testament à des Compagnies savantes ou à des Sociétés charitables une somme d'environ quatre-vingt mille francs : l'*Association des médecins de la Seine* et l'*Association générale des médecins de France* sont comprises dans ces libéralités, l'une pour un legs de six mille francs, et l'autre pour un don de dix mille francs en faveur de la caisse des pensions.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 48, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

Paralysie hystérique; métalloscopie et métallothérapie interne,

Par le docteur Alfred Gondouin (d'Argentan).

Mlle X..., âgée de 28 ans, demeurant à Argentan, est sujette, depuis l'âge de 14 à 15 ans, à des crises d'hystérie avec ou sans perte de connaissance, et, à différentes époques, elle a présenté des accidents nerveux divers consistant en douleurs névralgiques faciales, intercostales; pleuralgies; rachialgies; toux sèches tenaces; aphonie persistante; vomissements, — accidents divers paraissant le plus souvent sous l'influence des causes les plus insignifiantes et disparaissant de la façon la plus inattendue. Il y a plusieurs années, elle présenta des céphalalgies violentes accompagnées de fièvre, de délire, de contracture, symptômes qui firent craindre un moment le développement d'une méningite, persistèrent durant plusieurs semaines et disparurent sans laisser aucune trace.

Le 20 décembre dernier (1883), elle fut prise, après un refroidissement, d'un accès fébrile avec douleurs vives dans le côté gauche du thorax. Cette douleur, qu'augmentaient les moindres mouvements et la pression la plus légère, s'accompagnait d'une toux sèche et pénible; l'auscultation restait négative. Un vésicatoire morphiné fut appliqué sur le point douloureux. Sous son influence, la douleur se calma; mais, dès qu'il fut sec, elle reprit avec une intensité plus grande, arrachant des plaintes au moindre mouvement ou au plus léger attouchement. Le sommeil était impossible; une injection hypodermique de morphine, faite le soir, procurait chaque nuit cinq à six heures de sommeil, puis les douleurs reparaissaient avec leur intensité première.

De plus, le 28 décembre, la toux, qui persistait depuis le début, amenait une expectoration sanglante, quoique rien d'anormal ne fût révélé par l'auscultation. Un large vésicatoire fut alors appliqué sur le côté gauche du thorax : les douleurs se calmèrent un peu; mais les crachements de sang persistèrent. Le sulfate de quinine et l'ergotine furent administrés pour combattre la fièvre et la congestion pulmonaire probable, dont cependant aucun signe stéthoscopique ne dévoilait l'existence; bientôt le sang disparut des crachats; la fièvre tomba et les douleurs diminuèrent.

Le 16 janvier, la malade toussait encore sans expectoration, et se plaignait d'une douleur violente le long de la colonne vertébrale, en même temps que la douleur du côté gauche était un peu diminuée. Un long vésicatoire volant fut appliqué sur le rachis, et son application amena un soulagement instantané des douleurs rachialgiques; mais à peine fut-il sec, que les douleurs pleuralgiques gauches reparurent avec une intensité nouvelle.

Le 20 janvier, à la suite d'une violente douleur de côté déterminée par un déplacement trop brusque, la malade eut une crise convulsive avec perte de connaissance durant six heures consécutives : convulsions saccadées des membres; grimaces; serrements de dents..... et, à la suite de cette crise, somnolence prolongée.

Le lendemain, 21 janvier, deux nouvelles crises convulsives moins intenses et moins prolongées, provoquées par les vives douleurs thoraciques, apparurent l'une dans la matinée, l'autre dans la soirée. Une injection morphinée les calma, ainsi que la douleur, et la malade put dormir un peu la nuit suivante.

Le 23 janvier au matin, elle se réveilla affectée d'une hémiplégie droite complète avec hémianesthésie absolue. En même temps, tout le côté gauche du tronc, non seulement le thorax, mais le ventre et les deux membres gauches, étaient le siège d'une hyperesthésie considérable, et le moindre contact en cette partie du corps arrachait des cris à la malade. Les limites de l'hyperesthésie et de l'anesthésie étaient très nettes au niveau de la ligne médiane du tronc.

Cet état existait encore dans toute sa netteté le 1er février. Les injections hypodermiques de morphine, qu'il n'était plus possible de faire à gauche à cause des vives douleurs ressenties au moindre attouchement, furent faites à droite, mais n'amenèrent qu'un soulagement bien léger et très passager; la malade restait sans sommeil et sans repos; les lavements de chloral, par les mouvements qu'ils nécessitaient, étaient devenus tout à fait impossibles, et le chloral, donné par la bouche, était vomi presque aussitôt.

Inquiet de cet état qui menaçait de se prolonger et ne sachant quel moyen autre employer, je pensai aux travaux du docteur Burq et crus, en ces circonstances difficiles, devoir essayer la métallothérapie. J'eus recours, pour commencer, à la métalloscopie.

Le 1er février, j'appliquai une chaînette de fer à l'avant-bras droit de la malade. Je n'obtins rien.

Le 2 février, j'appliquai une chaînette d'or. Résultat nul.

Le 3 février, une chaîne de montre en argent. Rien.

Le 4 février, je fis appliquer une plaque de zinc bien décapée, de 5 centimètres de largeur et d'une longueur suffisante pour embrasser l'avant-bras de la malade; une sorte de bracelet, en un mot. Rien de particulier ne se produisit.

Le 5 février, un peu désappointé, et sentant déjà la confiance de la famille s'ébranler j'appliquai un bracelet en cuivre bien décapé, taillé sur le modèle du bracelet de zinc, et le laissai bien exactement fixé sur l'avant-bras droit de la malade; mais, pressé par l'heure de ma consultation, je me retirai. Une heure environ après, la tante de la malade accourait à mon cabinet, me priant de venir aussitôt : sa nièce remuait les doigts et souffrait beaucoup du bras. Voici ce qui s'était passé : vingt minutes environ après l'application du bracelet de cuivre, la malade avait ressenti sous la plaque une cuisson de plus en plus vive, puis une véritable brûlure; en même temps, des picotements se faisaient sentir dans les doigts; le bras s'endolorissait et la douleur, de plus en plus vive, remontait jusqu'à l'épaule. Peu à peu, la malade avait pu remuer les doigts. Quand j'arrivai, elle commençait à mouvoir l'avant-bras sur le bras; l'anesthésie droite avait disparu; la malade sentait distinctement la piqûre et le simple contact des objets, surtout près de la plaque de cuivre; la sensibilité était revenue jusqu'à l'épaule. Toutefois, le côté droit du tronc restait encore insensible, de même que le membre inférieur droit. L'hyperesthésie gauche, en même temps, avait sensiblement diminué et l'on pouvait toucher les membres gauches sans une bien vive douleur; en un mot, il y avait un *transfert* très manifeste. Je laissai la plaque de cuivre en place; mais, dans la soirée, la malade ressentant des douleurs vives dans le bras, l'enleva. Le lendemain matin, à ma visite, je constatai que la malade remuait facilement le bras droit et que l'hyperesthésie gauche avait à peu près disparu. Toutefois, depuis que la plaque avait été enlevée, la malade s'apercevait que l'hyperesthésie avait de la tendance à reparaître à gauche et que le mouvement se faisait un peu moins facilement à droite que la veille au soir avant l'enlèvement de la plaque. La veille au soir, en effet, la malade avait pu essayer son adresse en tricotant pendant quelques instants.

Ainsi, la métalloscopie me faisait connaître l'aptitude métallique de la malade et m'apprenait que, chez elle, le cuivre était le *métal actif*. Mettant à profit cette proposition du Dr Burq : « l'aptitude métallique étant connue, le même métal, administré à « l'intérieur, doit déterminer les mêmes effets que son application externe », j'instituai alors la *métallothérapie interne*. Je donnai le sulfate de cuivre ammoniacal ainsi prescrit :

Sulfate de cuivre ammoniacal.	0,15 centigr.
Mie de pain.	1 gr.

F. 12 pilules.

Une pilule chaque matin.

Le 7 février, l'hyperesthésie n'existe plus, que dans la moitié gauche du thorax. La sensibilité et la mobilité, quoiqu'un peu moins nettes à droite qu'à gauche, y reviennent cependant d'une façon satisfaisante. Je fais donner une pilule de sulfate de cuivre matin et soir, et prescris d'augmenter la dose de une pilule par jour tous les trois jours, jusqu'à indication contraire.

Le 10 février, il n'y a qu'une très légère différence entre les deux côtés sous le rapport de la force musculaire et de la sensibilité, le côté droit étant encore légèrement plus faible que le gauche. Pour m'éclairer sur la stabilité du résultat acquis, j'appliquai la plaque de cuivre sur l'avant-bras droit. En peu d'instants, la malade accuse un engourdissement des doigts, et je constate que la sensibilité à la piqûre disparaît peu à peu à la main, puis au poignet, puis au niveau de la plaque; puis, l'anesthésie gagne rapidement au-dessus de la plaque et atteint le coude ; c'est le phénomène de l'*anesthésie postmétallique*. J'applique alors le bracelet zinc à la partie supérieure du bras et je constate que l'anesthésie envahissante s'arrête au niveau de la plaque zinc et ne la dépasse pas ; en un mot, le métal actif ramène l'anesthésie, et cette anesthésie ne remonte que jusqu'au niveau du métal neutre qu'elle ne saurait dépasser ; c'est le *phénomène d'arrêt*. En même temps que le bras droit redevenait insensible, le mouvement y devenait lent, paresseux et bientôt impossible ; la paralysie reprenait le membre. Ce phénomène de la paralysie postmétallique, parfaitement net ici, indique que la guérison n'est qu'appa-

rente et que la métallothérapie interne doit être continuée sous peine de rechute. Les plaques furent enlevées et le traitement interne fut continué.

Le 23 février, la malade prend 3 pilules de sulfate de cuivre par jour ; son état est très satisfaisant ; elle se lève et marche depuis deux jours.

Le 9 mars, la malade prend depuis deux jours 6 pilules par jour (0,075 milligr.) ; mais il survient alors des phénomènes d'intolérance ; elle a des nausées et vomit ses pilules. Cependant la santé est excellente ; la sensibilité et la motilité sont les mêmes à droite qu'à gauche et la malade a pu reprendre ses occupations habituelles.

En présence de cette intolérance pour le médicament, j'ai recours de nouveau à l'exploration par la métalloscopie pour savoir si je dois abandonner le traitement interne ; mais je reconnais que la guérison n'est qu'apparente, car l'application du cuivre fait reparaître l'anesthésie. Sous cette menace de rechute, j'ai recours à un autre mode de préparation ; je prescris :

1°. — Bioxyde de cuivre hydraté, 0 gr. 025 milligr. en 3 pilules. — Une pilule matin, midi, soir. Augmenter de une pilule tous les huit jours.

2°. — Un demi-verre d'eau de Saint-Christau chaque matin.

Le 24 avril, la malade prend 6 pilules de bioxyde par jour et un demi-verre d'eau de Saint-Christau le matin. Son état est des plus satisfaisants, non seulement au point de vue de la sensibilité et de la force musculaire, mais aussi au point de vue de la santé générale. Elle ne s'est jamais si bien portée, dit-elle, et elle ressent un bien-être qu'elle ne connaissait pas auparavant. L'équilibre de la sensibilité et de la motilité est parfait à droite et à gauche.

J'ai de nouveau recours à la métalloscopie pour savoir s'il est possible de cesser le traitement, et je constate alors que l'application du métal cuivre n'a plus aucune action sur le retour de l'anesthésie. Je peux donc, sans crainte, cesser le traitement interne ; ce que je fais graduellement. Je fis diminuer la dose des pilules tous les trois jours, jusqu'à cessation complète.

Quant à l'eau de Saint-Christau, elle fut continuée jusqu'au 15 juin dernier, époque à laquelle tout traitement fut complètement cessé.

Aujourd'hui, la malade, que j'ai l'occasion de revoir souvent, est dans un état on ne peut meilleur, et aucun accident hystérique n'est venu troubler sa santé.

En résumé, voilà une malade prise, après avoir souffert pendant plus d'un mois de douleurs pleuralgiques gauches intenses accompagnées de toux et de crachement de sang, douleurs incomplètement et très passagèrement soulagées par les révulsifs et les calmants, voilà, dis-je, une malade prise, à la suite de crises convulsives, d'une hémiplégie droite complète, portant à la fois sur la sensibilité et la motilité, en même temps que d'hyperesthésie cutanée et musculaire de la moitié gauche du corps.

L'application d'une plaque de cuivre sur l'avant-bras droit ramène en quelques minutes la sensibilité et le mouvement dans ce membre, en même temps que l'hyperesthésie gauche diminue (phénomène de transfert).

La malade est soumise alors à la métallothérapie interne par l'emploi du sulfate de cuivre ammoniacal et, durant ce traitement interne par le cuivre, la sensibilité et le mouvement reviennent graduellement dans les membres droits et dans la moitié droite du tronc, tandis que, parallèlement, l'hyperesthésie diminue d'abord et finit par disparaître du côté gauche.

Pendant le cours du traitement, la métalloscopique est employée à trois reprises différentes pour savoir si la guérison est définitive. Le 10 février et le 9 mars, cette exploration donne lieu au *phénomène de l'anesthésie post métallique* par le cuivre, avec *phénomène d'arrêt* par le zinc ; ce qui indique que, abandonnée à elle-même, la malade court les risques d'une rechute. Aussi, le cuivre à l'intérieur est-il continué, en remplaçant toutefois le sulfate de cuivre, qui a déterminé des symptômes d'intolérance, par le bioxyde de cuivre hydraté et l'eau de Saint-Christau.

Le 24 avril, plus de deux mois et demi après le début du traitement, le phénomène d'anesthésie post métallique ne se produisant plus, la guérison peut être considérée comme définitive.

Le traitement interne par le cuivre a été prolongé pendant plus de quatre

mois sans interruption et, grâce à ce traitement, non seulement les accidents paralytiques ont disparu, mais la santé générale s'est améliorée d'une façon tout à fait inespérée.

Comme on le voit dans cette observation, je n'ai pas fait ici de métallothérapie externe. L'application externe des plaques métalliques ne m'a servi qu' à rechercher l'aptitude métallique de la malade (métalloscopie) et, cette aptitude connue, j'ai institué le traitement par le métal actif pris à l'intérieur (métallothérapie interne).

J'ai préféré le traitement interne au traitement externe, parce qu'il est plus facile à instituer, plus facile à continuer longtemps, et que, dans ces cas, c'est la continuité du traitement qui assure la persistance de la guérison. Entre ces deux méthodes de traitement, il n'y a d ailleurs probablement qu'une différence de forme plutôt que de fond. On sait, en effet, depuis les expériences de M. Regnard, que les courants électriques très faibles (courants physiologiques) produisent chez les hystériques paralysées le retour de la sensibilité et de la motilité, et que l'intensité du courant nécessaire pour produire ce résultat est variable suivant les différents malades ; qu'en un mot à chaque malade correspond un degré d'intensité de courant capable de produire ce résultat. Or, les différents métaux appliqués sur la peau produisent des courants d'intensité variable suivant la nature du métal. Le métal qui, pour un malade donné produira un courant capable de ramener la sensibilité et la motilité disparues, sera le métal actif.

C'est donc un phénomène de nature électrique. N'est-il pas légitime de supposer que, si, au lieu d'appliquer ce métal directement sur la peau, on le donne intérieurement, soit sous forme de feuilles métalliques comme l'a fait M. Garel (de Lyon), soit sous forme de sels métalliques, on déterminera sur toute la surface interne du tube gastro-intestinal une action électrique semblable à l'action électrique produite sur la peau par la plaque de ce métal ? De là le même résultat physiologique, résultat d'autant plus sûrement atteint que la surface d'application est incomparablement plus étendue.

REVUE DES JOURNAUX

Des lésions cutanées du diabète, par Kaposi. — Les lésions diabétiques de la peau sont les unes purement fonctionnelles, les autres trophiques et, d'une manière générale, d'un caractère inflammatoire.

L'*astéatose* et l'*anhydrose* de la peau sont des états relatifs du système tégumentaire, caractérisés par une sécheresse anormale et l'exfoliation en surface; ces états, sans être uniformes et pathognomoniques du diabète, paraissent résulter seulement d'une nutrition déficiente. Un assez grand nombre de processus morbides différents présentent souvent une détérioration constitutionnelle analogue.

Ils apparaissent, par suite, dans les stades avancés de la mélliturie ; dans les premières périodes, la nutrition est encore assez indemne pour ne pas donner lieu à ces troubles trophiques et fonctionnels.

Le *prurit cutané* et *muqueux* est quelquefois assez marqué, assez angoissant pour pousser de malheureux diabétiques au suicide. Ce prurit survient par paroxysmes deux ou trois fois par jour, et quelquefois dure des heures entières. La privation de sommeil, la fatigue nerveuse met bientôt les malades dans un état de santé profondément abaissé.

Depuis Hebra, et à son exemple, il est recommandé d'examiner les urines de tout individu se plaignant de prurit cutané.

L'*urticaire chronique* est souvent observée chez les diabétiques. Elle consiste en une éruption de petites saillies, de petites élevures que le malade déchire avec ses ongles en se grattant, et qui finissent en excoriations et en pustules suppurantes.

L'auteur n'a guère observé cette variété d'urticaire que chez des gens profondément

débilités, mais dont la faiblesse datait déjà d'avant le diabète ou des premiers stades de la maladie.

Quand cette éruption papuleuse, comme il arrive souvent, se localise au pourtour des follicules, ceux-ci s'enflamment et donnent lieu à l'*acné cachectique*, qui occupe principalement le côté des extenseurs et les seins.

L'auteur n'a jamais rencontré ces *éruptions rubéoliques et érythémateuses* qu'on dit apparaître chez les diabétiques et durer plusieurs mois avant d'assumer des caractères nflammatoires; il pense qu'elles doivent être assez rares.

L'*eczéma* particulièrement des organes génito-urinaires et de leur pourtour ne doit pas être confondu avec les effets du grattage des ongles en cas de prurit cutané. Chez l'homme, cet eczéma est confiné au prépuce et s'accompagne de balanite. Un observateur consciencieux sera conduit à penser au diabète, en se trouvant en présence d'une balanite obstinée, associée à un eczéma du prépuce, et répandant une odeur particulièrement insipide et douceâtre.

Cet eczéma est généralement plus grave chez la femme, en raison de la conformation anatomique des parties qui sont largement imbibées d'urine.

La *perionyxis diabétique*, bien qu'assez rarement mentionnée par les auteurs, a été trouvée relativement fréquente par le professeur Kaposi. Ce mal atteint plutôt le premier et le cinquième orteil; il est souvent indolent et indolore, et peut alors quelquefois se couvrir d'excroissances fongueuses; dans d'autres cas, il est excessivement douloureux et rebelle. Tous les cas observés par l'auteur ont guéri, mais il croit que la périonyxis glycosurique s'est quelquefois terminée par gangrène.

Les *anthrax* et les *furoncles* représentent la lésion cutanée la plus fréquemment associée au diabète. Ils appartiennent surtout aux stades de début de la maladie.

La *gangrène* est la plus nouvellement observée des complications cutanées du diabète. Suivant certaines autorités, elle ressemble beaucoup, comme aspect, à la gangrène sénile. Quelques-uns des cas décrits peuvent être rapprochés de la gangrène ex-marasmo ou athéromateuse; mais fort souvent les parties gangrénées présentent un caractère spécial.

Les cas décrits par Marchal (de Calvi) et Champouillon en particulier, semblent être très analogues à une variété dont l'auteur n'a encore observé qu'un cas, et à laquelle il a cru devoir appliquer la dénomination de *gangrène diabétique bulleuse et serpigineuse*. Cette gangrène a été observée chez une femme de 51 ans et se termina fatalement au bout de sept mois de durée. La gangrène était disséminée, mais concentrée en quelque sorte vers un centre, loin de la limite extérieure de la partie affectée; elle n'intéressait que l'épaisseur des téguments et s'étendait en affectant une marche serpigineuse.

Sur la peau saine apparaissent d'abord des taches inflammatoires, puis des bulles. Les parties abandonnées par la maladie peuvent se cicatriser et guérir.

Le processus inflammatoire et nécrobiotique, qui donne naissance aux furoncles et aux anthrax lorsqu'il est circonscrit, peut affecter une marche diffuse et donner lieu à des phlegmons gangréneux.

Le dépôt du sucre dans l'épaisseur de la peau, de même que l'excrétion de ce sucre par les reins, peut se faire irrégulièrement et d'une façon intermittente; la quantité du sucre et la place où a lieu ce dépôt peut donc varier; ainsi, on pourrait expliquer cette formation irrégulière et intermittente de bulles et de sphacèle consécutif. Ainsi, dans ce processus morbide, il y a inflammation locale se terminant par nécrose du tissu, sans donner lieu à la formation de néoplasmes inflammatoires; mais on peut concevoir que, lorsque le sucre est éliminé par la peau en petite quantité, et pendant un temps assez court, ou quand les tissus deviennent tolérants pour ses effets délétères, les symptômes inflammatoires, au lieu de se terminer par gangrène, se terminent par une dégénération de tissu, ou plutôt par la formation d'un tissu de dégénérescence. C'est ce qui arrive dans un cas de lésion cutanée diabétique resté jusqu'ici sans description, et que l'auteur nomme *papillomatosis diabetica*.

Cette affection n'a été observée qu'une seule fois par l'auteur sur un médecin brésilien qui se présenta à lui en septembre 1882. Depuis vingt ans, ce sujet était atteint de diabète avec polyurie et polydypsie, mais il était encore vigoureux et bien nourri. L'affection cutanée était entièrement confinée à l'avant-bras et à la main droite, lesquels étaient gonflés et tendus. La face postérieure des doigts était en partie couverte d'excroissances variant de la taille d'une lentille à celle d'un kreutzer et, en partie, d'ulcères de dimensions analogues. Ces ulcères étaient ronds ou réniformes, et beaucoup d'entre eux étaient bordés de végétations rouges glanduleuses, saignant facilement, mesurant plusieurs millimètres en hauteur et déchargeant un fluide séro-sanieux.

Sur l'avant-bras, on observait les mêmes particularités, mais il y avait çà et là des îlots de peau saine sans gonflement. Sur le coude, il y avait une tumeur, large comme la paume de la main, mesurant plus de 2 centimètres de hauteur, profondément fissurée, présentant une surface légèrement sanguinolente, couverte de protubérances verruqueuses.

A première vue, on aurait pu diagnostiquer du premier jet soit un ulcère syphilitique végétant, soit un lupus papillomateux végétant, mais un examen plus approfondi montrait que les caractéristiques de premier ordre de ces affections manquaient à l'affection en question. L'auteur pensa alors à l'identifier à cette maladie, si discutée par les dermatologistes, dite la *frambœsia* des tropiques; mais, pour des raisons trop longues à exposer, le professeur Kaposi dut abandonner encore cette idée.

Sous l'influence du traitement à la fois interne et externe, les parties affectées étaient, vers fin décembre, presque restaurées dans leurs conditions normales, les doigts étaient redevenus flexibles, et le malade avait recouvré l'entier usage de sa main. Mais, vers les premiers jours du mois de janvier suivant, les symptômes de coma diabétique apparurent et, en moins de dix jours, le malade y succomba.

Comment agit la présence du sucre dans les tissus? Comment et pourquoi cet agent détermine-t-il tantôt une inflammation locale, tantôt une inflammation étendue, diffuse? Et pourquoi cette inflammation, qui se termine habituellement par la nécrose du tissu, aboutit-elle quelquefois à la formation de tumeurs formées aux dépens du tissu conjonctif et du tissu vasculaire? Autant de questions qui restent encore sans réponse; mais l'auteur espère éveiller l'attention de la profession sur ce sujet intéressant et voir ce chapitre de pathologie se compléter bientôt, grâce aux efforts des spécialistes et des pathologistes en général. (*Skin affection, connected with diabetes Journal of cutaneous and venereal diseases,* juin 1884, et *Wien med. Woschen.*) — L. Dn.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er octobre 1884. — Présidence de M. Guéniot.

Sommaire : Rapport sur deux observations de paralysie faciale traumatique avec troubles nutritifs et otorrhagie. — Communication relative à l'opération de l'ovariotomie ; discussion. — Lecture. — Présentation de malade atteint de mal perforant. — Présentation de pièces moulées en plâtre.

La séance de rentrée de la Société de chirurgie a été signalée par la réapparition de M. Le Dentu, complètement remis de la longue et cruelle maladie qui avait mis sa vie en danger et pour laquelle il avait dû subir une grave opération. Inutile de dire que l'honorable chirurgien a reçu de ses collègues l'accueil le plus sympathique et les félicitations les plus chaleureuses.

— M. Chauvel est appelé à la tribune pour lire un rapport sur deux observations, adressées par M. le docteur L. Véron, médecin aide-major de première classe, relatives à deux cas de paralysie faciale traumatique avec troubles nutritifs et otorrhagie.

Le sujet de la première observation est un homme de 45 ans, alcoolique, qui, dans une rixe, ayant reçu deux coups de canne sur l'oreille et la région péri-auriculaire, tomba et resta sans connaissance pendant unedemi-heure environ. Il fut conduit le lendemain à l'hôpital de Philippeville et le chirurgien constata, outre le développement d'un érysipèle qui évolua en quatre ou cinq jours, une paralysie faciale droite complète, avec intégrité des mouvements de la langue et du voile du palais. La phonation et la déglutition étaient normales, le goût n'était pas modifié et la sécrétion salivaire n'était pas altérée.

Du côté de l'oreille droite : otorrhagie peu abondante pendant les premières heures ; douleurs, bourdonnements, suintement purulent ; perforation du tympan ; acuité auditive nulle ; transmission des vibrations sonores par les os du crâne complètement supprimée ; sauf la surdité, les autres phénomènes disparurent presque complètement après quelques jours.

Sous l'influence du traitement (sangsues, vésicatoires volants, faradisation, pointes de feu), la guérison était complète à la fin du troisième mois.

Dans la deuxième observation, il s'agit d'un officier qui, le 12 mars 1884, à la suite

d'une chute de cheval, était resté une heure sans connaissance. Le choc avait porté sur le côté gauche de la tête où l'on constatait plusieurs contusions et une plaie superficielle. Vomissements, otorrhagie gauche peu abondante, pendant trois heures sensation de plénitude de l'oreille, violentes douleurs de tête qui persistent le lendemain, acuité auditive nulle pour la montre; aucun trouble nerveux.

Le quatrième jour seulement après l accident apparaissent les premiers signes d'une paralysie faciale, qui se complète le sixième jour ; l'examen de l'oreille montre un peu de rougeur du tympan, sans rupture de cette membrane ; bourdonnements, suppression de la perception des vibrations sonores par les os du crâne.

Dans ce cas, les suites sont encore plus simples que dans le précédent, une forte application de sangsues et un vésicatoire suffisent pour amener une amélioration dès le dixième jour. Au bout d'un mois, tous les mouvements de la face sont revenus, le tic-tac de la montre est nettement entendu à 12 centimètres, et les vibrations sonores transmises par les os du crâne sont également perçues.

Contrairement à l'opinion de l'auteur, qui cherche en dehors de l'hypothèse d'une fracture du rocher l'explication des accidents présentés par ses malades, M. le rapporteur pense que l'admission d'une fracture indirecte du rocher rend parfaitement compte des phénomènes et que les deux observations de M. Véron sont d'heureuses exceptions à la règle générale, en vertu de laquelle les paralysies faciales consécutives à la fracture du rocher se montrent rebelles aux médications les plus énergiques et la surdité qui es accompagne persiste d'ordinaire indéfiniment.

M. le rapporteur termine en proposant : 1° d'adresser à l'auteur une lettre de remercîments pour son intéressante communication; 2° de déposer honorablement son travail aux Archives. (Adopté.)

— M. Terrillon lit un travail intitulé : *Réflexions à propos de 33 opérations d'ovariotomie.* Ces 33 opérations ont donné 29 guérisons et 4 morts. Toutes les opérées guéries ont été revues par M. Terrillon, ou lui ont donné de leurs nouvelles il y a peu de temps. Parmi les 29 guéries, 27 sont actuellement bien portantes. Des deux autres, l'une, à la suite d'une opération incomplète pratiquée il y a deux ans, porte encore une tumeur en voie de croissance, mais sans altération notable de son état général ; l'autre, après avoir été complètement guérie pendant huit mois, est morte, un an après l'opération, de cancer généralisé.

M. Terrillon appelle successivement l'attention de ses collègues : 1° sur les circonstances qui ont précédé l'opération, ou période de l'évolution kystique; 2° sur ceux qui ont trait à l'opération elle-même; 3° enfin sur les résultats et les accidents éloignés.

1° *Période d'évolution du kyste.* — La plupart de ses opérées appartenaient à l'âge moyen de la vie; 6 avaient moins de 30 ans, 18 de 30 à 50, 6 de 50 à 60, 1 avait 65 ans, 1 avait 68 ans.

18 malades avaient eu deux enfants au moins et quelques-unes davantage, jusqu'à quatre; 7 avaient eu un enfant seulement; 7 n'avaient eu ni enfant ni fausse couche ; 3 étaient vierges.

Chez plusieurs malades le développement du kyste à son début et son évolution ultérieure s'étaient accompagnés d'hémorrhagies utérines plus ou moins abondantes. Le fait le plus notable a été l'apparition de ces hémorrhagies après la ménopause et souvent longtemps après la disparition des règles. Ces pertes peuvent se prolonger à intervalles irréguliers jusqu'à l'opération. Il semble que l'apparition d'un kyste dans l'appareil utéro-ovarien provoque une congestion suffisante pour entraîner du côté de la muqueuse utérine des hémorrhagies d'intensité variable.

Chez la plupart de ses malades, M. Terrillon a noté des troubles urinaires variés, mais ordinairement peu graves : envies fréquentes d'uriner, passagères ou persistantes ; dysurie, rétention nécessitant le sondage, enfin incontinence avec ou sans regorgement.

La plupart des malades avaient subi une ou plusieurs ponctions avant d'être opérées ; ces ponctions avaient été pratiquées, soit pour diminuer le volume de l'abdomen et rendre les digestions ou la respiration plus facile, soit pour assurer le diagnostic.

Souvent M. Terrillon a ponctionné un kyste quelques jours avant de pratiquer l'opération. Il lui est arrivé, dans ces cas, de constater que, malgré l'emploi d'une aiguille fine, l'orifice pratiqué dans la paroi kystique était resté béant, et, pendant le cours de l'opération, il trouvait cette ouverture oblitérée par des adhérences qui unissaient la surface du kyste à la paroi abdominale. Ces ponctions n'offrent pas de danger, mais il ne faut pas les faire sans nécessité.

2° *Incidents survenus au cours de l'opération.* — Les opérations ont été pratiquées soit à l'hôpital, dans des salles spéciales d'isolement, soit en ville, à Paris ou en province. Dans tous les cas, les préceptes les plus minutieux de la méthode antiseptique

ont été suivis avec soin et le spray phéniqué a été toujours employé sur tout le champ opératoire.

Parmi les variétés de kyste, on compte : trente kystes multiloculaires plus ou moins complets, deux kystes para-ovariens, un kyste dermoïde.

Au point de vue des difficultés opératoires, M. Terrillon divise les kystes qu'il a opérés en trois catégories : 1° kystes n'ayant présenté aucune adhérence ou des adhérences extrêmement faibles ; 2° kystes présentant des adhérences plus ou moins résistantes avec la paroi abdominale, l'épiploon, l'intestin, les parois pelviennes, etc., nécessitant une dissection minutieuse et souvent pénible, donnant souvent du sang avec abondance et entraînant enfin la nécessité de laisser dans l'abdomen des ligatures multiples ; 14 offraient ces conditions ; 3° kystes infiltrés dans les deux feuillets du ligament large ayant contracté avec ceux-ci, aussi bien qu'avec la vessie et l'utérus, des connexions plus ou moins intimes, circonstance qui s'est présentée huit fois. Dans quatre de ces cas, l'opération a dû rester incomplète, par suite de l'impossibilité de détruire tous les liens fibreux qui unissaient le kyste aux parties voisines.

Comme la plupart des chirurgiens, M. Terrillon déclare qu'on ne peut avoir, en général, que des présomptions sur la présence, l'étendue et la consistance des adhérences. Ces présomptions sont tirées surtout des antécédents tels que : poussées péritonéales, douleurs persistantes et localisées dans une partie du kyste, enfin, immobilisation de l'utérus. M. Terrillon a noté chez plusieurs de ses malades que des douleurs abdominales persistantes avec augmentation de la chaleur de la région, élévation de la température générale avec exacerbation le soir, coïncidant avec la présence d'adhérences de nouvelle formation constatées pendant l'opération.

Il croit que cette péritonite à développement lent, subaigu, doit être prise en considération pour le pronostic de l'opération et qu'elle a été, dans plusieurs cas, la cause probable d'accidents inflammatoires qui ont envahi le péritoine et entraîné la mort.

Il lui est arrivé plusieurs fois, dans le cours de l'opération, surtout lorsqu'il s'agissait de kystes multiloculaires à poches multiples ayant des parois minces et friables et à contenu gélatineux, de voir se produire des ruptures suivies de chute d'une certaine quantité de liquide dans la cavité péritonéale. Malgré cet accident, et lorsqu'on a eu soin de nettoyer attentivement le péritoine, la guérison s'est effectuée sans encombre.

Dans toutes les opérations complètes, la ligature du ou des pédicules a toujours été faite avec du cordonnet de soie phéniquée très résistant. Ces ligatures étaient toujours doubles et formant des anses disposées l'une par rapport à l'autre comme les anneaux d'une chaîne. Souvent plusieurs anneaux semblables étaient appliqués sur le pédicule, lorsqu'il était volumineux. Toujours le pédicule a été abandonné dans l'abdomen.

Les ligatures des adhérences ont été faites le plus souvent avec du catgut de différent calibre. M. Terrillon n'a vu survenir aucun accident imputable à ces ligatures, quel qu'en fût le nombre.

Jamais il n'a fait de drainage dans les ovariotomies complètes, malgré l'étendue souvent considérable des adhérences rompues et des surfaces saignantes. Celles-ci ont été plusieurs fois touchées avec le fer rouge, lorsque le sang coulait en nappe. Il a semblé à M. Terrillon que, même dans ces cas, le drainage était plus dangereux qu'utile. Il ne croit pas pouvoir attribuer à l'absence de drainage la mort d'aucune de nos opérées.

Le drainage a été réservé aux cas dans lesquels, l'opération restant incomplète, il est nécessaire de favoriser l'écoulement des liquides produits par la poche kystique, en attendant son oblitération complète.

Les sutures abdominales ont été faites avec du fil d'argent, en adossant les surfaces péritonéales ; elles ont été enlevées du huitième au onzième jour.

Assez souvent M. Terrillon a vu survenir, sur le trajet des fils, de petits abcès qui ont retardé la guérison définitive, mais sans entraînner d'accident.

La durée des opérations a varié de vingt-huit ou trente-cinq minutes à une heure un quart et même davantage; elle n'a point paru influer notablement sur le pronostic opératoire, lequel dépendrait beaucoup plus de la nature des adhérences, de leur étendue et de celle des surfaces saignantes.

Parmi les suites ordinaires de l'opération, M. Terrillon a noté des symptômes souvent inquiétants au début, tels que vomissements incoërcibles et durables, coliques abdominales ou utérines violentes, mais qui ont constamment cédé après quelques heures ou quelques jours.

De même la température a pu s'élever, dans quelques cas, au-dessus de 40° pendant quelques jours, sans entraîner un pronostic fatalement grave.

La cause de la mort, chez les quatre opérées qui ont succombé, a pu être attribuée

des accidents inflammatoires survenus du côté de la séreuse péritonéale, accidents qui n'étaient d'ailleurs que le réveil, le passage à l'état aigu et la généralisation de poussées de péritonite latente antérieure ayant déterminé des adhérences considérables qui avaient rendu l'opération longue, difficile et laborieuse, ou avaient empêché de la conduire à bonne fin.

4° Quant aux suites et aux accidents éloignés des opérations, ils ont été variables. M. Terrillon signale, dans un cas, huit mois après la guérison, une grossesse terminée à terme par l'accouchement d'un enfant bien portant; dans un autre cas, une fausse couche de six semaines, un mois après l'opération; chez une seule malade, une éventration causée par sa négligence à porter la ceinture abdominale qui lui avait été prescrite; chez la plupart, une augmentation assez rapide de l'embonpoint. Dans un cas, on vit survenir une tumeur de la cicatrice qui se propagea rapidement aux organes internes, amenant le dépérissement et la mort un an après l'opération. M. Terrillon se demande si ce ne serait pas là un cas de généralisation cancéreuse, les kystes ovariques, suivant l'opinion soutenue par MM. Malassez et de Sinéty, pouvant être considérés comme des épithéliomas, c'est-à-dire des tumeurs malignes, isolées dans l'ovaire, mais capables de généralisation.

Dans deux opérations incomplètes pour des kystes para-ovariens et traitées par le drainage, la guérison eut lieu dans de bonnes conditions. Dans une troisième opération incomplète, il fallut laisser dans l'abdomen une grande partie d'un kyste multiloculaire à petites loges et à parois végétantes infiltrées dans le ligament large; il n'y eut pas de guérison radicale, mais ce qui restait de la tumeur repullula si lentement qu'à l'heure actuelle la malade jouit encore d'une bonne santé, malgré la présence d'une tumeur plus grosse qu'une tête d'adulte.

Sans vouloir rien conclure du petit nombre de faits qu'il a observés, il semble à M. Terrillon qu'actuellement les contre-indications de l'ovariotomie sont devenues de plus en plus rares, à mesure que l'opération a donné des guérisons plus nombreuses.

Il a opéré, sans les choisir, toutes les malades qui se sont présentées à lui, à moins de contre-indication absolue tirée de la maladie d'un organe important.

Les adhérences anciennes et résistantes, quelle que soit leur étendue, ne paraissent plus être un obstacle ni à l'opération, ni à la guérison.

Dans quatre opérations incomplètes que M. Terrillon a pratiquées, il s'agissait de kystes infiltrés dans le ligament large, dont deux para-ovariens et deux multiloculaires. Bien qu'il soit très mortifiant, pour un chirurgien qui a commencé une opération, de ne pouvoir la continuer, comme il est presque impossible de prévoir les obstacles qui pourront se rencontrer, cette considération ne doit pas arrêter sa main, car il peut toujours espérer de terminer une opération difficile.

Du reste, les opérations incomplètes, quelles que soient leur gravité primitive ou leurs chances de récidive, quand il s'agit de kystes multiloculaires, peuvent encore permettre la guérison ou la prolongation de l'existence.

La communication de M. Terrillon a donné lieu à une discussion à laquelle ont pris part MM. Terrier, Després, Lucas-Championnière, Tillaux et Terrillon. En voici le résumé très succinct.

M. Terrier croit devoir présenter à M. Terrillon quelques remarques touchant plusieurs points de sa communication.

Tout d'abord, en ce qui concerne les adhérences, il croit que l'ancienneté du kyste doit surtout entrer en ligne de compte. Il est rare qu'un kyste datant de quelque temps n'en présente pas, mais il ne pense pas qu'elles puissent être la cause des réactions inflammatoires signalées par l'auteur. Les douleurs doivent avoir d'autres origines, celle-là n'est pas suffisante.

Un autre point a également attiré son attention : la formation de petits abcès de la surface de la paroi abdominale aux points d'attache des fils. Ces abcès sont dus, selon lui, à ce que M. Terrillon n'enlève ses fils qu'au huitième jour ; pour sa part il les enlève dès le quatrième jour, et il n'a que très rarement observé ces accidents secondaires.

Quoi qu'en dise M. Terrillon, la durée de l'opération a une action, qui ne doit pas être négligée, sur le prompt rétablissement de la malade. Il est certain que les causes qui modifient en bien ou en mal les symptômes consécutifs à l'ablation du kystes ont nombreuses, mais ce dernier point est évidemment un facteur important dont il faut tenir compte.

Pour ce qui est de l'élévation de température qui se manifeste généralement à la suite de l'opération, M. Terrier est de l'avis de son collègue ? Elle ne peut influencer d'une manière réellement fâcheuse la guérison. Le plus souvent c'est une simple fièvre traumatique qui se produit.

Les ascites que l'on observe quelquefois à la suite de ce genre d'opération sont pour la plupart d'origine péritonitiques. Elles sont alors d'aspect sirupeux et amènent presque toujours à leur suite des accidents sérieux.

Un des faits qui ont le plus frappé M. Terrier, parmi ceux qui ont été signalés par M. Terrillon à la suite de la guérison de ses opérées, est la formation d'une nouvelle tumeur au niveau de la cicatrice. Loin d'être fréquents, comme le prétend M Terrillon, ils sont au contraire très rares. C'est à peine s'il a pu en rencontrer 1 sur 92 opérations qu'il a pratiquées. Une de ses opérées est morte dans l'année qui a subi l'opération, d'un cancer survenu au niveau de l'ancienne cicatrice. C'est le seul cas de ce genre dont M. Terrier ait connaissance.

M. Lucas-Championnière déclare que les diagnostics relatifs à l'adhérence et la non-adhérence des kystes sont difficiles à déterminer. La présence ou l'absence de douleurs ne peut absolument rien faire présumer à cet égard. Plusieurs chirurgiens anglais s'occupant spécialement de ce genre d'opérations ont été interrogés par lui, et la divergence des opinions émises confirme entièrement cette appréciation. A l'appui de son assertion, M. Championnière cite le cas d'une jeune femme atteinte de pelvi-péritonite à la suite de deux accouchements et portant dans le petit bassin un kyste qui provoquait des douleurs très vives. Il n'y avait pas la moindre adhérence. D'autres fois, on a constaté des adhérences sans qu'aucune douleur se fût manifestée. Ces adhérences sont plutôt dues à la nature du kyste qu'au temps plus ou moins long de son existence.

Quant aux abcès survenant autour des points de suture, l'orateur estime qu'on peut très bien empêcher leur formation en redoublant de précautions antiseptiques. Selon lui, il est préférable de ne pas enlever les fils avant le quatrième jour ; les bords de la cicatrice à peine réunis peuvent trop facilement s'écarter l'un de l'autre.

M. Tillaux est aussi d'avis qu'il est impossible de s'en rapporter aux douleurs pour diagnostiquer les adhérences. Il rappelle à ce sujet une opération faite par M. Le Fort, à Beaujon, sur une femme souffrant de douleurs tellement vives que pas un chirurgien n'avait osé l'opérer pour ce motif. On s'attendait à rencontrer des adhérences nombreuses ; on n'en trouva pas trace dans le cours de l'opération.

Il faut rechercher plutôt la cause de ces douleurs dans une inflammation de la surface interne du kyste. C'est ainsi que l'année dernière une jeune fille de 19 ans vint de Caen pour se faire opérer. On lui avait déjà fait des ponctions suivies d'injections iodées. Ces injections avaient déterminé dans la poche du kyste et dans toute la cavité abdominale des douleurs intolérables. On fit l'opération et l'on ne trouva pas d'adhérences.

M. Tillaux dit qu'il vaut mieux attendre le huitième jour pour enlever les fils. Les abcès et quelquefois même les phlegmons sont probablemenl dus à ce que certains chirurgiens se servent de la pince à acupressure pour faire les sutures du péritoine. Il est préférable dans ce cas de ne pas se servir de pinces pouvant produire des lésions qui donnent naissance à ces abcès.

M. Lucas-Championnière cite un cas curieux relatif à la production de ces abcès, et qui montre à quel point les précautions antiseptiques sont importantes. Dans une opération, l'interne chargé de donner les fils en mit deux dans sa bouche avant de les passer. Sur six points de suture, les deux seuls faits avec ces fils ont suppuré.

M. Le Dentu croit que les douleurs peuvent quelquefois faire présumer les adhérences. Mais, quand ces douleurs sont très vives, elles sont causées par le kyste lui-même. Quant aux abcès, ils proviennent souvent des aiguilles tubulées dans l'intérieur desquelles les fabricants mettent de l'huile. Cette huile, qui contient des matières septiques, s'attache aux fils et provoque ces accidents. On ne saurait trop s'élever contre cette coutume des fabricants d'instruments de chirurgie.

M. Terrillon, répondant aux diverses observations qui viennent d'être présentées, fait remarquer d'abord qu'il n'a pas donné comme une certitude la possibilité de faire le diagnostic des adhérences dans les kystes de l'ovaire. Il a seulement voulu parler de la possibilité d'établir une *présomption* de l'existence de ces adhérences. Il pense que, dans certains cas, lorsque la douleur est localisée et accompagnée d'une élévation de la température, on peut considérer l'adhérence comme probable.

Malgré l'opinion émise par M. Terrier, il croit plus prudent de ne retirer les fils que le huitième jour. Une fois, il les a enlevés le cinquième, et la cicatrice s'est rouverte. La crainte d'une récidive lui fait préférer son mode d'opérer. Il lui est impossible d'attribuer à une cause précise la production des abcès. Malgré les précautions antiseptiques es plus minutieuses, il n'a pu empêcher leur formation.

Contrairement encore à l'avis de M. Terrier, il ne croit pas très rare la formation d'une nouvelle tumeur dans la cicatrice, puisque, d'après Spencer-Wells, sur 100 cas il en a été observé 4 ou 5; et cette proportion serait certainement plus considérable, si l'on avait pu suivre toutes les opérées.

— La séance est terminée par une lecture de M. le docteur GUERMONPREZ (de Lille), la présentation, par M. KIRMISSON, d'un jeune homme atteint de mal perforant du pied. enfin par la présentation de diverses pièces moulées en plâtre, par M. le docteur Poulet, du Val-de-Grâce. A. T.

VARIÉTÉS

L'EMPOISONNEMENT PAR LE PLOMB A PARIS

Dans son récent rapport triennal au Conseil d'hygiène du département de la Seine, M. Gautier constate que 34,000 ouvriers parisiens manient le plomb industriellement. Parmi eux, 552 sont entrés dans les hôpitaux de 1876 à 1880 et 421 de 1881 à 1883. Cette diminution doit être attribuée, d'après M. Gautier, à l'observation plus exacte de l'instruction du Conseil d'hygiène et à son affichage dans les ateliers.

Cette amélioration porte surtout sur les ouvriers travaillant en atelier : cérusiers, fabricants de massicot et de minium. En effet, parmi eux, le nombre des saturnins qui, en 1881, s'élevaient à 117, n'a été que de 3 en 1883. Parmi les industries les plus dangereuses au point de vue du saturnisme, il en est qui sont de renommée obscure : celle des dessoudeurs de boîtes de fer-blanc et des cartonniers, par exemple. Enfin chaque année, en moyenne, 166 ouvriers (peintres ou cérusiers) meurent à Paris. La durée du traitement varie de 34 jours (plombiers et ferblantiers) à 12 jours (mécaniciens et chaudronniers), et 10 jours (typographes). — C. L. D.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 26 septembre au jeudi 2 octobre 1884. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 806. — Fièvre typhoïde, 18. — Variole, 0. — Rougeole, 13. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 3. — Diphthérie, croup, 23. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 1. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. aiguë), 43. — Phthisie pulmonaire, 193. — Autres tuberculoses, 13. — Autres affections générales, 55. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 35. — Bronchite aiguë, 9. — Pneumonie, 33. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 50; au sein et mixte, 35 inconnues, 0. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 71 ; circulatoire, 48 ; respiratoire, 62 ; digestif, 35 ; génito-urinaire, 18; de la peau et du tissu lamineux, 4 ; des os, articulat. et muscles, 5. — Morts violentes, 24 — Causes non classées, 3.

Ainsi que nous en avions émis l'espoir dans notre dernier bulletin, la mortalité parisienne a notablement diminué pendant cette semaine. Le service de Statistique n'a enregistré que 806 décès (au lieu de 922 pendant la semaine précédente). Ce chiffre est le plus faible qui ait été noté depuis plusieurs années.

Tous les âges ont profité de cet abaissement de la mortalité, mais surtout les vieillards (137 décès de plus de 60 ans au lieu de 178). Les adultes (414 décès de 15 à 60 ans au lieu de 464) ; les enfants (118 décès de 1 à 15 ans, au lieu de 128 ; 137 décès de 0 à 1 an, au lieu de 152), en ont profité aussi, mais dans une moins large proportion.

La comparaison des chiffres des dernières semaines suggère les remarques suivantes :

La Fièvre typhoïde a subi une décroissance inattendue (18 décès au lieu de 42). La Rougeole a également subi une forte diminution (13 décès au lieu de 19). La Maison-Blanche est le seul quartier où elle mérite encore d'attirer l'attention. La Variole n'a pas fait de victimes cette semaine ; la Scarlatine (4 décès au lieu de 3) est, comme toujours, peu répandue. La Coqueluche (3 décès au lieu de 9) présente un chiffre des plus plus faibles. Enfin, la Diphthérie (23 décès a lieu de 20), se maintient à un taux relativement peu élevé.

La Bronchite (9 décès au lieu de 11) n'a fait périr qu'un très petit nombre d'enfants. La Pneumonie (33 décès au lieu de 41) est également rare.

Enfin l'Athrepsie (gastro-entérite des enfants, 85 décès au lieu de 108) a notablement

diminué ainsi que le faisait espérer la température très douce et peu élevée dont nous jouissons actuellement. On constatera l'influence considérable du thermomètre sur la fréquence de cette maladie si l'on se rappelle que pendant les chaleurs du mois d'août dernier, elle causait 250 et jusqu'à 290 décès par semaine. Toutefois il faut remarquer aussi qu'en septembre on observe toujours plus de décès par athrepsie que la température ne le ferait supposer ; par exemple en juin dernier, l'athrepsie causait moins de décès que nous n'en constatons aujourd'hui, et pourtant la température était plus chaude.

Le service de Statistique a reçu notification d'un décès survenu à l'hôpital Saint-Louis et causé par choléra d'après le diagnostic du médecin traitant. Le malade étant un ouvrier de 24 ans domicilié à Aubervilliers. Deux autres cas de « choléra sporadique » qualifiés tel par les médecins traitants, ont été signalés au service de Statistique ; sur l'un deux, nous avons des détails complets qui justifient le diagnostic.

Le service de Statistique a reçu communication de 384 mariages et de 1,112 naissances d'enfants vivants (583 garçons et 529 filles) dont 816 légitimes et 296 illégitimes ; parmi ces derniers, 52 ont été reconnus par l'un des parents ou par les deux.

Dr Jacques Bertillon.
Chef des Travaux de la Statistique municipale de la Ville de Paris.

FORMULAIRE

Traitement de l'otite phlegmoneuse. — Ladreit de Lacharrière.

Au début des accidents inflammatoires, une application de sangsues peut être utile, à moins que l'inflammation phlegmoneuse résulte de la propagation d'une affection catarrhale ancienne, car dans ce cas, c'est à un vésicatoire qu'il faut avoir recours. — Purgatifs répétés, onctions au pourtour de l'oreille, avec de l'onguent napolitain belladoné, suivies de l'application d'un cataplasme bien chaud. — Si les douleurs revêtent la forme, névralgique, le valérianate d'ammoniaque est utilement prescrit. On y ajoute, toutes les deux heures, des injections chaudes de décoction de pavot ; enfin, on introduit dans le conduit auditif, du coton imbibé d'huile morphinée. Aussitôt que la fluctuation est manifeste, on incise pour donner au pus un écoulement facile. — N. G.

COURRIER

Concours. — Un concours pour l'emploi de chef des travaux anatomiques s'ouvrira à Nancy, le 19 janvier 1885.

Ce concours se composera, conformément aux dispositions de l'article 51 du règlement du 11 juillet 1842, des épreuves suivantes ;

1° Une préparation extemporanée, sur un sujet anatomique dont le choix sera déterminé par le sort.

Il sera accordé cinq heures au plus pour cette préparation.

2° Deux leçons, l'une sur un sujet d'anatomie descriptive, l'autre sur un sujet d'anatomie pathologique, tous deux tirés au sort.

Les candidats auront chacun trois heures pour préparer le sujet de leçon qui leur sera échu, mais ils ne pourront sortir du lieu des séances, ni consulter aucun livre,

3° Une opération chirurgicale, dont l'objet est déterminé par le sort, et qui sera pratiquée sur le cadavre.

4° La présentation d'une série de préparations anatomiques et histologiques, effectuées conformément à l'indication du jury, et dans un délai par lui déterminé.

Les aspirants se feront inscrire au secrétariat de la Faculté, trente jours au moins avant l'époque fixée pour l'ouverture du concours. Chaque candidat, en se faisant inscrire, produira son acte de naissance, son diplôme de docteur, et, s'il y a lieu, ses états de services dans l'Université.

Nul ne pourra être admis à concourir, s'il n'est Français ou naturalisé Français ; s'il ne jouit de ses droits civils ; s'il ne présente un diplôme de docteur en médecine ou en chirurgie obtenu devant une des Facultés de l'État.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

BULLETIN

Académie de médecine, 7 octobre. — La première partie de la séance a été consacrée encore à la question du choléra. La parole a été donnée d'abord à M. de Villiers, qui a exposé à la tribune les résultats de l'enquête à laquelle il s'est livré auprès des médecins de la Compagnie Paris-Lyon-Méditerranée, sur les diverses questions d'origine, de propagation, de prophylaxie et de traitement du choléra dans les pays du midi de la France, où l'épidémie actuelle a été observée. Puis M. le secrétaire perpétuel a donné lecture d'une note de M. le docteur Sirus Pirondi (de Marseille), sur une petite enquête relative au choléra dans un canton du Var, à Solliès-Pont.

Si les communications de ces deux savants académiciens n'ont pas paru éclairer d'une lumière très éclatante les questions si obscures et si controversées relatives à l'étiologie, au développement, à la genèse, à la propagation et à la préservation du choléra, du moins les faits intéressants que leur enquête a révélés prendront une place honorable parmi les documents à consulter par les écrivains qui voudront un jour tracer l'histoire de l'épidémie de 1884.

La question de la contagion ou de la non-contagion du choléra aura sans doute longtemps encore le privilège de diviser et de passionner les médecins.

Il y a quelque mérite aujourd'hui, au milieu de cet affolement général dont nous avons eu récemment sous les yeux de si tristes exemples et dont la cause est attribuée en grande partie, à tort ou à raison, à l'invasion et à la pénétration des doctrines microbiennes dans les profondeurs des masses populaires, il y a quelque mérite, disons-nous, à réagir contre l'excès des tendances créées par ces idées et à essayer de résister au torrent contagioniste qui menace de tout emporter.

C'est ce que M. Ricord a tenté de faire dans une causerie familière empreinte de cette bonhomie fine, spirituelle et quelque peu narquoise qui est la caractère de son talent et qui lui constitue une manière tout à fait originale d'orateur académique.

M. Ricord a vivement intéressé son auditoire en exposant ce qu'il a appelé « sa profession de foi », son « *credo* » dans la question de la contagion du choléra. Il a rappelé qu'en 1832, lors de la première épidémie cholérique, il s'est trouvé seul à la tête d'un hôpital renfermant six cents malades. Or, dans ce grand hôpital, où il n'existait pas de salle d'isolement et où, par conséquent, les cholériques se trouvaient pêle-mêle avec les autres malades, aucun de ces derniers n'a été atteint; plus, dans le nombreux personnel qui donnait des soins aux cholériques, médecin, élèves, infirmiers, il n'y a pas eu une seule victime. En outre, M. Ricord, qui, dans cette même année, professait un cours de médecine opératoire suivi par un nombreux auditoire d'étudiants de tous les pays, cours dans lequel de nombreux cadavres de cholériques servaient aux démonstrations pratiques, M. Ricord n'a pas vu un seul cas de contagion produite par le fait du maniement de ces cadavres.

Enfin, dans les autres épidémies dont il a été le témoin actif, M. Ricord n'a observé aucun fait qui fût de nature à entraîner dans son esprit l'idée de la contagion de la maladie. Il n'a pas remarqué que les médecins et le

personnel affecté au soin des cholériques présentassent une proportion de victimes plus grande que le reste de la population ; peut-être même cette proportion était-elle moindre et eût-on pu soutenir avec quelque apparence de raison ce paradoxe que le contact des malades est un préservatif. Dans l'impossibilité d'expliquer les faits d'origine et de propagation du choléra, on est bien forcé d'invoquer ce *quid ignotum*, ce *quid divinum*, en un mot ce *génie* épidémique aujourd'hui démodé; « génie incompris, a dit spirituellement M. Ricord, comme beaucoup d'autres génies ». Dans l'épidémie actuelle, il n'a pas été possible, malgré les recherches les plus minutieuses et les plus actives, de trouver la fameuse « fissure » qui a servi de porte d'entrée au choléra.

M. Ricord admet donc, comme M. Jules Guérin, l'origine spontanée de la maladie; il ne croit pas à la contagion et, par conséquent, à l'utilité des quarantaines, à moins qu'elles ne soient destinées à empêcher les individus sains de pénétrer dans les foyers d'infection.

Après le discours de M. Ricord, accueilli par d'unanimes applaudissements, l'Académie a entendu une très intéressante communication de M. Daremberg sur un sujet qui touche, par un certain côté, à la question du choléra, et par tous les côtés à la question de l'hygiène de la ville de Paris. Il s'agit, en effet, de l'infection des eaux de la Seine, de ce grand fleuve qui, de l'est à l'ouest et du midi au nord, traverse la grande ville, embrassant dans ses nombreux méandres la cité célèbre qui, dans son orgueil, s'est décernée le titre pompeux de « capitale de la civilisation ». Ce titre est-il mérité à tous égards ? Il nous serait difficile de répondre affirmativement, sans rougir, à une pareille question. Ce que nous avons entendu, ayant de la peine à en croire nos oreilles, nous n'oserions le redire à cette place et nous prions le lecteur désireux de s'instruire de vouloir bien se reporter au compte rendu de la séance.

Il est bon cependant que cette plaie hideuse et infecte que la ville de Paris porte à son flanc, ait été enfin étalée au grand jour d'une discussion publique afin d'y recevoir la cautérisation du fer rouge de l'indignation générale. Nous devons rendre grâces d'abord à M. Daremberg, qui n'a pas craint de déchirer le voile soulevé seulement en partie jusqu'à ce jour, ensuite à MM. Bouley, Hérard, Brouardel, Lunier, Lagneau, Rochard, etc., dont les paroles iront sans doute à leur adresse et contribueront à faire cesser enfin un scandale qui a trop longtemps duré.

M. Bouley, avec une insistance éloquente et patriotique, réclamait un vote immédiat.

M. Brouardel, moins impétueux, mais plus sage peut-être, a demandé un sursis pour qu'une discussion approfondie et complète pût s'établir sur ce grave sujet. L'Académie n'étant pas en nombre en ce moment pour émettre un vote sérieux, c'est la proposition de M. Brouardel qui devait naturellement l'emporter. La discussion a donc été remise à une prochaine séance.

La question est maintenant à l'ordre du jour ; espérons qu'elle aboutira à une prompte solution. Il est honteux pour la ville de Paris et pour le pays tout entier que l'on ait pu dire en pleine Académie de médecine que « l'Achéron des anciens devait être un fleuve aimable comparé à la Seine de nos jours. »

A. T.

Hôpital Bichat. — Service de M. le Dr F. Terrier.

Kyste ovarique multiloculaire suppuré. — Etat cachectique. Ovariotomie. — Guérison.

(Observation recueillie par H. Hartmann, interne du service)

La nommée Jobert Marie, femme Loriot, âgée de 31 ans, journalière, entre le 30 octobre 1883, salle Chassaignac, nº 18, pour une tumeur abdominale.

Il y a trois ans, elle éprouva pour la première fois des douleurs dans la partie latérale gauche du ventre, et un médecin la traita pour une inflammation d'intestins, quoiqu'elle n'eût pas de diarrhée. Puis le ventre se mit à grossir peu à peu, et en septembre 1880 il avait acquis le volume de celui d'une femme enceinte de six mois.

La malade entra alors à la Charité, dans le service de M. Berger, qui lui fit une ponction et retira 6 litres d'un liquide épais mais transparent. Pendant les deux années qui suivirent, le ventre recommença à grossir peu à peu sans douleurs. Il y a cinq semaines, il avait acquis le volume d'un abdomen de grossesse à terme. Elle entra à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Périer, où on lui fit, sur la partie latérale droite de l'abdomen, avec un trocart ordinaire et sans aspiration, une ponction qui évacua une certaine quantité de liquide. Trois jours après la ponction, elle fut prise de douleurs, de picotements dans les reins et les côtés. Elle sortit le 10 septembre de l'hôpital. Mais l'abdomen se développait de nouveau avec rapidité et elle y rentrait quinze jours plus tard.

Jamais de maladies graves antérieures. Amaigrissement graduel depuis trois ans, plus rapide depuis deux mois. Réglée à 14 ans, toujours bien; les règles ont manqué pour la première fois le 12 octobre dernier.

Mariée à 20 ans. Un premier enfant à 21 ans, un deuxième à 23 ans. Pas d'autre grossesse.

Etat actuel. — L'abdomen est très développé, saillant en avant. La peau est œdématiée et couverte de vergetures datant de grossesses antérieures. Sur la ligne médiane, de l'ombilic à l'appendice xiphoïde, on remarque plusieurs veines volumineuses où la circulation se fait de bas en haut. L'ombilic est incomplètement déplissé. Au palper, tout le ventre est rempli par une tumeur sans bosselure apparente, douloureuse dans sa partie latérale droite au niveau du flanc. Sensation de flot se propageant dans toute l'étendue de l'abdomen. Presque tout le ventre est mat et l'on ne retrouve de sonorité qu'à la limite supérieure de l'épigastre, dans les hypochondres, le flanc gauche et dans la partie la plus reculée du flanc droit.

La circonférence ombilicale mesure 110 cent. De l'ombilic au pubis, il y a 31 cent.; à l'appendice xiphoïde, 25; à l'épine iliaque antéro-supérieure droite, 28 cent. Au toucher, le col est déchiqueté, non dévié et presque immobile.

Les membres inférieurs sont variqueux, œdématiés. Les digestions se font mal; depuis une quinzaine de jours, la malade a plusieurs fois par jour des vomissements bilieux, huit à dix selles diarrhéiques par vingt-quatre heures. Elle est sujette à des palpitations, à des étouffements. Souffle anémique à la base du cœur. Pleurésie sèche dans toute la hauteur à droite et en arrière. Apparence extérieure cachectique. Amaigrissement considérable.

Le 1er novembre. — Une ponction faite sur la ligne médiane avec l'aspirateur Potain a donné issue à 15 litres d'un liquide chocolat, visqueux, se décomposant très rapidement à l'air libre et prenant une odeur infecte. Au microscope, on y trouve de nombreux globules sanguins, des leucocytes et un certain nombre de cellules épithéliales.

Le 5. — La diarrhée continue. Bismuth. Viande crue. Lait.

Le 10. — La diarrhée continue. On supprime toute médication et la malade est mise à l'usage de la poudre de viande.

Le 30. — La diarrhée a cessé depuis quelques jours. Pendant tout le mois la température a oscillé entre 37°2 et 38°4, s'élevant de temps à autre à 39°.

Le 4 décembre. — *Ovariotomie.* L'opération pratiquée par M. Berger, avec le concours de MM. Périer et Terrier, n'offrit aucun incident particulier et fut d'une exécution facile malgré le volume de la tumeur. Celle-ci était libre d'adhérences, elle put être extraite aisément du ventre après l'évacuation de la poche principale. On mit trois ligatures de de soie phéniquée sur le pédicule qui était assez long. Il fut réduit dans la cavité abdominale, et l'incision qui dépassait notablement l'ombilic fut réunie avec dix points de suture profonds et quelques points superficiels.

Le poids de la partie solide est de 2 kilogrammes. Elle est formée par une grande poche kystique présentant à sa face interne des végétations en choux-fleurs et plusieurs poches petites à sa périphérie.

Le 4 décembre, soir. — 37°6, 112 puls., 24 resp., un quart piqûre de morphine.

Le 5. — 38°6, 102 puls., 22 resp., le matin; 38°4, 102 puls., 20 resp., le soir. La malade a passé une bonne nuit.

Le 6. — 38°4, 100 puls., 20 resp., le matin; 38°3, 96 puls., 24 resp., le soir. Emission gazeuse par l'anus. La malade urine sans le secours de la sonde.

Le 7. — 37°2, 88 puls., 32 resp., le matin; 37°4, 92 puls., 21 resp., le soir.

Le 8. — 37°8, 92 puls., 28 resp., le matin; 38°2, 88 puls., 22 resp., le soir. Pan-

sement. On enlève 5 fils profonds et un fil superficiel. Dans l'après-midi, vomissements bilieux.

Le 9. — 37°6 ; 38°7. Tousse beaucoup. Une piqûre de morphine. Lait, glace, poudre de viande. Potion de Todd.

Le 10. — 37°8 ; 38°3. Pansement. On enlève les cinq derniers fils profonds. La plaie est incomplètement réunie. On maintient les lèvres appliquées à l'aide de quatre petites bandelettes de toile imprégnées de collodion. La malade ne mange presque pas. Pendant la journée, elle vomit le peu qu'elle avait pris. Diarrhée.

Le 11. — 37°7 ; 37°5. La diarrhée continue. Encore un vomissement et des naussées. Frottements dans toute la hauteur à droite. Deux pilules de 1 centigramme de nitrate d'argent.

Le 12. — 37°5 ; 37°7.

Le 13. — 37°8 ; 38°2.

Le 14. — 37°3 ; 37°5. La malade a encore vomi, mais la diarrhée a presque complètement cessé. On supprime les pilules de nitrate d'argent.

Le 15. — 37°3 ; 37°3.

Le 16. — 37°2 ; 37°8. La diarrhée recommence. La malade vomit à peu près tout ce qu'elle prend. Souvent elle a des vomissements à la suite de quintes de toux. Une cuillerée à café de solution de morphine au millième après chaque repas.

Les jours suivants, la température reste entre 37° et 38° ; les vomissements cessent.

Le 20. — La température s'élève à 39°3 et oscille pendant quelque temps entre 38° et 39°. La diarrhée continue. On reprend les pilules de nitrate d'argent. La malade est toujours au lait. De petits abcès se forment au niveau des points de suture.

Le 24. — Un de ces petits abcès s'ouvre spontanément ; quatre autres sont ouverts par une ponction au bistouri à droite de la cicatrice ; un seul plus volumineux existe à gauche. Quelques douleurs pendant la miction.

Le 27 au soir la température monte à 40° sans cause connue ; le lendemain elle tombe à 39° matin et soir, et le surlendemain à 37°4. On prescrit des boulettes de viande.

Pendant le mois de janvier 1884, la malade a presque constamment eu de la diarrhée, des vomissements et par intervalles de la fièvre. Eventration pendant les efforts et dans la toux au niveau de la région ombilicale.

Le 15 janvier. — Un petit abcès s'est formé dans la partie profonde de la paroi abdominale, il est aplati, étalé. Par la pression, on fait sourdre quelques gouttelettes de pus au niveau de la cicatrice de l'opération ; toutefois, l'abcès paraît se vider très difficilement.

Le 6 février. — Application sur l'abcès d'une rondelle de pâte de canquoin.

Le 8. — Une flèche de canquoin est implantée dans l'eschare. L'abcès diminue.

A partir de ce moment, l'état général et l'état local ont été en s'améliorant progressivement, et, le 9 mars 1884, la malade est sortie bien portante de l'hôpital, mais ayant une éventration assez considérable.

BIBLIOTHÈQUE

Du traitement méthodique de la neurasthénie et de quelques formes de l'hystérie, par Weir Mitchell; traduit de l'anglais par M. Oscar Jennings, avec une introduction par M. le professeur Ball. — Paris, 1883; Berthier.

L'édition originale de cet ouvrage avait pour titre : *Fat and blood, and how to make them.* Ce titre répondait au but que se proposait l'auteur. Voici cependant qu'à la suggestion de ce dernier, le traducteur de ce livre, notre estimé confrère, le docteur Oscar Jennings, l'introduit dans la littérature médicale française sous un nouveau nom. Cette tentative de naturalisation n'exigeait cependant pas un changement d'état civil, puisque sous la dénomination actuelle de *Traitement méthodique de la neurasthénie*, la graisse et le sang, *fat and blood*, n'ont pas cessé d'y tenir toute la place.

Cette substitution de titre eût été justifiée si, au lieu de consacrer ce livre seulement à l'exposé d'un système thérapeutique, son commentateur en eût complété la traduction par des chapitres consacrés à l'étude clinique de la *neurasthénie* ou plutôt des *neurasthénies*, car l'état neurasthénique, comme nous le remarquions récemment dans l'*Union médicale* (nov. 1883), n'est pas un.

En l'absence de ces chapitres fixant le signalement clinique de ces états névropa-

thiques, d'une délimitation des frontières qui les séparent des autres névroses, et à défaut d'une reconnaissance exacte de ces pays limitrophes de l'hystérie et de l'irritation spinale, du nervosisme et de l'hypochondrie, — il semble donc, après lecture de ce livre, que la souveraineté curative de ce traitement méthodique est encore une prémisse à démontrer. Et d'ailleurs, quels en sont les principaux moyens ? L'isolement, le repos, le massage, le régime, l'électricité.

L'isolement a été préconisé contre certaines formes de l'hystérie. Aussi M. Ball, dans l'introduction de la brochure actuelle, retrace en quelques mots les traits principaux de la physionomie morale de l'hystérique. Avant et depuis le livre de M. Weir Mitchell, la description de cet état mental a été magistralement donnée par les cliniciens français. Est-il besoin de le rappeler et de citer les noms de MM. Charcot, Henri Huchard, Legrand du Saulle et autres savants médecins ? Les mérites de l'isolement absolu peuvent s'appliquer surtout à certaines formes de l'hystérie mentale. Il en est de même de la nécessité d'imposer à la volonté défaillante du malade l'empire d'une volonté plus résolue et plus énergique. C'est là précisément un des caractères morbides des *neurataxies*.

Le repos ? Depuis longtemps, sans qu'il soit nécessaire de franchir l'Atlantique, on en a signalé, sur l'ancien continent, les effets salutaires contre les névroses. C'est surtout dans les formes diverses de l'irritation spinale que, depuis des années, on en a démontré l'excellence. M. Brown Séquard l'emploie depuis longtemps contre ces affections et il en a énuméré les avantages, soit dans ses leçons publiques au Collège de France, soit dans la récente édition du *Dictionary of medicine* de Quain.

Pendant ce repos absolu, M. Weir Mitchell fait usage de l'électricité et du massage comme moyens mécaniques de procurer l'exercice aux muscles et d'éviter les inconvénients de l'inaction. La diète lactée mérite assurément les éloges que lui décerne l'auteur. Ici, en effet, les troubles gastriques sont un obstacle à l'amélioration de l'état général et souvent aussi justiciables du régime lacté ; de là l'efficacité de celui-ci dans quelques cas de neurasthénie.

Mais les troubles de nutrition ne sont pas les seules facteurs pathogéniques de cette maladie. Il s'en faut donc que la méthode de M. Weir Mitchell, malgré l'enthousiasme qu'elle a provoquée, corresponde à toutes les indications. Conséquemment, si le livre actuel mérite lecture, on ne peut cependant accepter qu'avec réserve les conclusions bien affirmatives de l'auteur. — C. L. D.

ETUDE SUR LES EAUX POTABLES ET LE PLOMB, par M. A. HAMON. — Paris, 1884. Delahaye et Lecrosnier.

Plaidoyer en faveur de l'amélioration de la qualité des eaux alimentaires de Paris, cette brochure condamne l'emploi du plomb dans la construction des appareils distributeurs et dans la canalisation. Les arguments dont M. Hamon fait usage sont bien connus; mais il n'était pas inutile de les colliger et de les exposer sous une forme concise, de façon à mieux faire apprécier du public les dangers toujours imminents de l'intoxication saturnine. Tel était le but de l'auteur, et on peut sans crainte reconnaître qu'il a été heureusement atteint. C'est donc un livre d'hygiène populaire. — C. L. D.

REVUE DES JOURNAUX

Bronchite fibrineuse et pemphigus, par Josef MADER. — Chez un homme de 63 ans, atteint de pemphigus de la peau et des muqueuses, du nez, des lèvres, de la luette, de la voûte du palais, se développa une bronchite fibrineuse chronique. Le processus ne se limite pas aux bronches, mais envahit la trachée et le larynx.

L'auteur est porté parce seul fait à admettre que, en dehors des cas aigus qui ne sont que l'extension d'un processus croupal ou diphthéritique du larynx ou du pharynx, la bronchite fibrineuse chronique pourrait bien n'être, dans la majorité des cas, qu'un pemphigus des bronches. (*Wien. med. Woch.*, 1882, n° 14.) — R. L.

Mal de Bright. Albuminurie huit jours seulement avant la mort, par SCHUCHARDT. — Femme de 48 ans, traitée depuis plus de trois mois pour anasarque et bronchite. Insuffisance mitrale et hypertrophie du cœur. On ne trouva rien pendant longtemps du côté du rein : urine normale, en quantité, en couleur acide, sans albumine ; poids spécifique moyen 1,020. Huit jours avant la mort, la quantité d'urine excrétée diminua : couleur

rouge foncé, p. s. 1,023, 1,025. On y découvrait de l'albumine, des cylindres hyalins, des corpuscules rouges et des leucocytes.

A l'autopsie, on trouva une atrophie complète du rein droit qui ne pesait que quelques grammes. Atrophie avancée également du rein gauche, pesant un peu plus de 30 grammes, et le siège d'une néphrite parenchymateuse et interstitielle. Dilatation du cœur; hypertrophie du ventricule gauche et dégénérescence graisseuse du myocarde. Endartérite chronique de l'aorte et des gros vaisseaux, des artères rénales : pleurésie ; pneumonie lobulaire. A l'examen microscopique, lésions ordinaires du rein contracté : sur le rein gauche, quelques départements seulement présentant des glomérules et des tubuli sains ; le reste infiltré de petites cellules nombreuses, et avec l'épithélium graisseux. Ce fait est pour tenir en échec les idées de Ludwig, qui admet que la sécrétion urinaire est une simple filtration ; il est bien évident qu'il a fallu longtemps une augmentation compensatrice de la sécrétion fonctionnelle spécifique du tissu rénal demeuré sain, pour que l'absence d'un rein et les lésions ne se soient traduites que sur le tard, et à l'occasion d'une maladie intercurrente, par l'albuminurie finale. (*Berl. klin. Woch.*, 1882, n° 41.) — R. L.

Symptômes ataxiques à la suite des maladies aiguës, par H. Lenhartz. — Ces accidents ont été observés à la suite du typhus, de la variole, de la diphthérie, de la rougeole, de la scarlatine, de la pneumonie, de l'érysipèle, etc. Dans l'observation suivante, la maladie primitive était la dysentérie.

Elle concerne un enfant de 8 ans, qui fut apporté à l'hôpital presque absolument insensible et immobile, réagissant à l'appel de son nom par un faible clignement des paupières. Le visage paraissait avoir conservé seul quelque sensibilité ; le phénomène du genou était *exagéré*. Le phénomène du pied manquait. Les réflexes cutanés étaient également absents, les matières et l'urine n'étaient pas gardées. L'enfant devait être alimenté ; il pouvait avaler. Sous l'influence d'un traitement approprié, la sensibilité revint peu à peu, de même que les mouvements, mais ceux-ci absolument incoordonnés et souvent choréiques. L'amélioration dans ce sens fut longtemps entravée par l'apparition d'une diphthérie avec albuminurie, et la guérison n'était pas encore confirmée, quand tout fut remis en question par une fièvre typhoïde. Il en sortit plus ataxique dans ses mouvements que jamais, l'articulation même des mots très gênée. Cependant la convalescence confirmée se signala par une notable amélioration ; en sortant de l'hôpital, le petit malade était encore faible, parlait avec difficulté, avait des mouvements choréiques par accès, et l'ataxie était toujours appréciable dans la démarche : mais la nutrition était bonne, et peu de temps après, il était en progrès à tous ces titres. (*Berl. klin. Woch.*, t. XX, n°s 21, 22, 1883.) — R. L.

Paralysie ascendante aiguë atrophique, par Fr. Schultze. — Premier cas : Chez un homme syphilitique, la maladie débuta par la faiblesse des jambes, de la difficulté dans la marche, sans fièvre, ni douleur, ni paresthésie. Amaigrissement des muscles avec contractions fibrillaires. Phénomène du genou conservé. Réaction de dégénérescence des gastro-cnémiens et péroniers. Les bras reprenaient peu après les muscles du dos, des épaules, respiratoires. Accès de dyspnée, cause immédiate de la mort. La maladie avait duré six mois. Pas d'autopsie.

Deuxième cas : Mêmes débuts chez un homme de 30 ans, d'une bonne santé antérieure. Evolution peu différente ; quelques douleurs dans les jambes. Mêmes phénomènes musculaires. Pas de paresthésie. Le phénomène du genou manquait à gauche. Mort en huit mois par paralysie des muscles de la respiration. Pas d'autopsie.

Schultze croit justifiée la dissociation de la maladie de Landry, qui revêt plusieurs formes symptomatiques distinctes : paralysie motrice ascendante aiguë ou subaiguë, — paralysie mixte ascendante aiguë ou subaiguë, — paralysie atrophique ascendante aiguë ou subaiguë avec ou sans troubles de la sensibilité. (*Berl. klin. Woch.*, t. XX, n° 39, 1883.)

R. L.

La néphrite de la varicelle, par E. Henoch. — Au printemps de 1883, Henoch voyait en consultation un petit garçon de 10 ans, atteint d'une néphrite légère survenue sans cause appréciable. Il n'y avait pas ici de scarlatine; mais, quatorze jours auparavant, une varicelle dont les traces étaient encore visibles. L'enfant guérit en quinze jours par le repos au lit et de petites doses d'acétate de potasse. L'auteur ne douta pas, malgré les réserves de son collègue, de la relation pathogénique entre la varicelle et la néphrite, car cette observation éclairait pour lui trois autres faits sur l'interprétation desquels il avait longtemps hésité. Une petite fille de 2 ans, syphilitique, prend une varicelle à l'hôpital, et, trois jours après, présente de l'œdème des paupières et des pieds ; l'urine est

albumineuse, renferme quelques cylindres et des débris épithéliaux. Elle succombe quinze jours après dans des symptômes de collapsus, avec de la cyanose, vomissant abondamment, etc. A l'autopsie, dilatation et hypertrophie du ventricule gauche avec valvules normales, œdème pulmonaire, néphrite parenchymateuse récente, foie légèrement graisseux. — Une fillette de 5 ans, au troisième septénaire d'une fièvre typhoïde, apyrétique, reprend la fièvre et fait une varicelle ; huit jours après, œdème de la face et des pieds, albuminurie, vulvite catarrhale. Traitement par les bains de vapeur. Guérison au bout d'un mois. — Une fillette de 4 ans, traitée pour un eczéma de la face et un prolapsus rectal prend une varicelle; onze jours après, œdème de la face et pâleur des téguments; céphalée, douleurs lombaires, légère fièvre. Albuminurie abondante. Peu après on trouve des cylindres en grand nombre, des débris épithéliaux et des hématies. Guérison quinze jours après le début. — Il convient donc d'ajouter la varicelle à la liste des maladies infectieuses susceptibles de se compliquer de néphrite. L'attention attirée sur ce fait, c'est à l'observation ultérieure d'en déterminer la fréquence. (*Berlin klin. Woch.*, 1884, n° 2.) — R. L.

Conséquences des polypes du nez et des affections du nez en général chez les enfants, par Jacobi et Lee. — Ces faits rentrent dans la catégorie de ceux que nous avons fait connaître ici même (1), témoignant de l'importance des voies nasales comme point de départ de réflexes variés. Les deux enfants observés par Jacobi avaient de l'asthme en même temps que des polypes nasaux. Nous savons que cette relation est plus fréquente que ne le pense l'auteur.

Lee regarde comme un fait d'observation journalière le rôle joué par les affections de la muqueuse du nez dans la production de maintes manifestations névropathiques. La *chorée mineure*, caractérisée par des mouvements désordonnés de la face, des paupières, des épaules, etc., et qui prélude le plus souvent à la grande chorée, est due presque toujours (?) à une irritation de la muqueuse nasale associée à un catarrhe chronique naso-pharyngé. Il a observé des exacerbations parallèles de l'affection locale et des symptômes choréiques. Il fait une part, dans la pathogénie, à l'action réflexe par la voie du trijumeau, à l'intoxication carbonique résultant de la gêne respiratoire (action sur le cerveau et la moelle allongée), enfin à une connexion problématique entre les circulations lymphatiques nasale et méningée, analogue à celle qui solidarise la plèvre et le péritoine par la voie du diaphragme. (*The New-York méd. J.*, 1883, 1er vol., p. 377.) — R. L.

Deux cas de syphilis pulmonaire, par Raphael. — Homme de 38 ans, déjà traité antérieurement pour une ulcération spécifique du larynx : la syphilis remontait à cinq ans, et il en porte d'autres stigmates : plaques cuivrées de la peau, engorgement des glandes cervicales, exostoses de la clavicule et du tibia. Il était peu après pris d'une toux ne lui laissant aucun repos, avec amaigrissement. Matité du sommet droit, respiration correspondante très obscure. Traitement spécifique, triomphant de ces accidents.

Le second sujet a subi un traitement antisyphilitique sans grand succès cinq ans auparavant ; il a eu de l'iritis spécifique et des douleurs ostéocopes. Il est pris également de dyspnée avec pleurodynie et toux et présente les mêmes symptômes d'auscultation et de percussion. Même succès du traitement spécifique. — Observations un peu sommaires et à l'appui desquelles on serait en droit de réclamer aujourd'hui l'examen des crachats au point de vue des bacilles, supprimant toute ambiguïté. (*The New-York med. Journ.*, 1883, 1er vol., p. 571.) — R. L.

Traitement de la migraine, par Morton. — L'auteur en reconnaît deux formes : une spasmodique et une paralytique, sous la dépendance de la contraction ou de la dilatation des petits vaisseaux par les vaso-moteurs. Le bromure de sodium (mieux toléré que le bromure de potassium) convient à la première forme : de fortes doses sont nécessaires. Le nitrite d'amyle et la nitro-glycérine sont également efficaces. Dans la forme paralytique, la strychnine et l'ergotine sont à employer par la voie buccale ou hypodermique. Hammond préfère la strychnine à l'ergotine. Il accepte la division étiologique de Morton : mais il peut se faire que la migraine revête la forme spasmodique à droite et la forme paralytique à gauche, auquel cas on est désarmé. Corning préconise la compression des carotides et Dana le chanvre indien. (*Id.*, 1er vol, p. 723.) — R. L.

De la perte partielle de la mémoire consécutive aux blessures du crâne, par J. Bell. — L'auteur a observé un assez grand nombre de cas et en a relevé d'autres dans lesquels les malades, ayant fait une chute sur la tête ou reçu un coup violent sur le crâne, ont absolument perdu la mémoire des faits qui ont immédiatement précédé l'accident de

(1) *Union méd.*, 22 janvier 1884.

quelques minutes à quelques heures, exceptionnellement à quelques jours. Le souvenir des événements dépassant ces limites est d'ailleurs intact. C'est la constance de ce fait, trop négligé jusqu'ici, qui explique la contradiction des récits des victimes d'un accident de chemin de fer.

J. Bell admet qu'un processus mystérieux, mais réel, doit s'opérer dans nos cellules cérébrales pour qu'une impression perçue soit définitivement acquise et classée comme notion de mémoire ; ce travail intime réclame un certain temps ; interrompu avant d'avoir abouti par le fait d'un trauma local, d'une lésion, d'un réflexe, c'est une acquisition manquée par hiatus de la mémoire. Telle la plaque du photographe qui réclame un temps donné d'exposition pour fournir une image. (*Edimb. méd. J.*, 1883, II, p. 684.)

R. L.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 octobre 1884. — Présidence de M. Larrey.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE :

1° Une lettre de M. le ministre de l'instruction publique accompagnant l'envoi d'un exemplaire du *Codex medicamentarius* publié en 1884;

2° Plusieurs lettres sur le choléra.

M. Legouest présente, au nom de M. Masson, pharmacien-major de l'armée, un travail sur « l'Origine du sang en médecine légale ».

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le choléra.

M. de Villiers donne à l'Académie le résumé d'une enquête faite par lui sur l'épidémie de choléra de 1884, dans les provinces du sud-est de la France, et sur le réseau des chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. En voici les conclusions :

La plupart des médecins interrogés par lui sont unanimes à reconnaître la contagiosité du choléra. Un petit nombre, au contraire (1/5 environ), se déclarent anticontagionistes. Dans tous les cas, il résulte clairement de leurs communications que, comme l'a rappelé M. Rochard dans la dernière séance, les formes les plus atténuées de la maladie ont souvent fait naître les formes les plus graves. De quelles manières, par quels moyens, par quelles voies de l'économie l'épidémie fait-elle son entrée? C'est dans cette question que gît encore le mystère à éclaircir.

Quoique beaucoup de médecins admettent l'importation du choléra par les vêtements, le linge, les objets de literie venant des pays contaminés, il faut encore faire des réserves et ne pas être affirmatif sur ce point.

Une autre question connexe à éclairer est celle de la prédisposition à la maladie, et surtout celle de la diarrhée préexistante.

Les relevés des statistiques de l'état civil, à Marseille et dans les villes atteintes par le fléau, n'indiquent pas, dans les premiers mois de 1884, un plus grand nombre d'affections intestinales que pendant les années précédentes; dans certaines localités même, elles sont moins fréquentes qu'en 1883.

L'épidémie actuelle n'a donc été précédée que très exceptionnellement d'une constitution médicale diarrhéique. Et cependant, partout, dès le moment où plusieurs cas de choléra ou cholérine se sont montrés, les affections intestinales, la diarrhée surtout, ont surgi, et cela certainement sous l'influence d'une action épidémique quelconque. Qu'on appelle cela contagion ou infection, peu importe, cela n'a pas empêché le choléra de s'étendre là surtout où il a trouvé les moindres prédispositions.

L'orateur ne croit pas qu'à ce point de vue il existe une contradiction absolue entre les contagionistes et les non-contagionistes.

Il ressort en outre d'une manière évidente, d'après ce qui s'est passé dans un grand nombre de localités, que, soit que l'épidémie ait éclaté sans qu'on ait pu trouver la fissure par laquelle elle a pu se glisser, soit qu'on ait pu saisir le point de contact, l'épidémie actuelle, comme les précédentes, a donné lieu tantôt à une explosion formidable lorsqu'elle a rencontré un terrain trop bien préparé, tantôt elle ne s'est montrée que par

faits isolés et non contagieux. De là l'embarras et la diversité des opinions et des appréciations.

Il est heureux de pouvoir constater que la médecine, dans la présente épidémie, n'est pas restée complètement désarmée et qu'au contraire elle a pu rendre de grands services, quand les malades ont eu recours à ses conseils en temps utile. En particulier, les résultats ont été relativement heureux sur le personnel de la Compagnie P.-L.-M. Mais ces succès ont été obtenus uniquement dans le traitement des premiers symptômes de la maladie. Une fois la deuxième période du choléra atteinte, les succès sont très restreints et toute médication a échoué contre les cas rapides et foudroyants.

L'expérience du présent doit servir de leçon pour l'avenir. Il faut obliger les populations à sortir de leur indifférence au point de vue de l'hygiène et à adopter des mesures efficaces. Il faut surtout que les autorités locales encouragent les efforts des comités d'hygiène en mettant leurs conseils à exécution.

M. le Secrétaire perpétuel donne lecture d'une enquête de M. Sirus Pirondi (de Marseille) sur le choléra dans un canton du Var. Ce canton est celui de Solliès-Pont. Cette enquête sur le développement de l'épidémie dans cette localité, ainsi que dans un village voisin, les Senez, a donné lieu aux conclusions suivantes :

1° La santé générale, dans le canton, était bonne, normale au moment où le choléra a éclaté à Toulon ;

2° Les premiers cas de choléra constatés à Solliès étaient de source toulonnaise et ont proliféré dans une région où n'existait encore aucune *prédisposition suspecte*. Et en effet, la diarrhée qui a affecté, à partir du 10 juillet, grand nombre des habitants de Senez, n'a envahi ce petit hameau que lorsqu'il avait déjà été frappé par deux cas de choléra confirmés et très graves ;

3° L'état des localités et la discipline ou l'indiscipline des populations à se soumettre aux recommandations des médecins et aux prescriptions administratives ont une influence considérable sur le développement ou l'arrêt plus ou moins prompt de la maladie.

M. Ricord prononce un discours sur la contagion du choléra. (Voir au *Bulletin*.)

M. Daremberg lit un rapport sur la composition des eaux alimentaires distribuées à la banlieue nord et à une partie du 18e arrondissement de Paris. Après avoir décrit l'état d'infection et de saleté dans lequel se trouve la Seine entre Clichy et Saint-Denis, l'orateur passe en revue les différents égouts qui se jettent dans cette partie du fleuve et rendent son voisinage absolument insupportable pour la vue et l'odorat. C'est en aval de tous ces égouts, lorsqu'ils ont apporté leur contingent de matières infectieuses et putrides, qu'on trouve la prise d'eau de la Compagnie qui distribue les eaux alimentaires à Montmartre, dans les maisons et dans les rues qui ne sont pas pourvues d'eau de la Dhuys ou de la Vanne. Plus loin, lorsque la Seine a reçu le canal d'assainissement venant des usines à poudrette, les résidus d'une usine de produits chimiques qui répandent une odeur très vive de nitro-benzine, les résidus de colle qui couvrent la rive de mousse puante, on trouve en face d'une énorme mare de vase et dans le voisinage d'un amas de vieux bouchons graisseux entraînés par la fleuve, la prise d'eau de la Compagnie destinée à alimenter toute la banlieue nord de Paris, depuis Saint-Denis jusqu'à Levallois-Perret. Enfin sur la prise d'eau elle-même est établi un lavoir.

M. Daremberg voulant alors se rendre compte du degré d'infection des eaux distribuées à Paris et aux riverains a prélevé des échantillons au niveau des prises d'eau et dans les bornes-fontaines publiques. Il les a analysés au laboratoire municipal et le résultat de ses expériences a concordé avec celui qu'avait trouvé M. Girard. Les matières organiques ont été dosées par le permanganate de potasse et exprimées en acide oxalique, l'oxygène a été dosé par le protoxyde de fer.

Voici les résultats obtenus :

Le degré hydrotimétrique est à peu près constant, le poids des matières organiques atteint la proportion effrayante de 0 gr. 038 par litre, à la prise d'eau de la banliene, le poids d'oxygène n'est que de 0 gr. 004. Il y a trente ans, l'eau de Seine à Saint-Ouen n'accusait que 0 gr. 004 de matières organiques ; la moyenne actuelle étant 0 gr. 020, la Seine a quintuplé sa souillure. La plus grande partie de cette infection vient des matières fécales que l'on jette à l'égout. Or, à la suite d'expériences faites avec M. Girard, M. Daremberg a établi qu'un individu en buvant 2 litres d'eau par jour absorbe 1/8 de centimètre cube de matières fécales, et en huit jours, par conséquent, 1 centimètre cube !

Est-il donc permis à la fin du XIXe siècle d'aromatiser avec des matières fécales l'eau que l'on donne à boire !

Il faut au plus tôt prendre une résolution: ou cesser d'envoyer les égouts à la Seine, ou fermer les prises d'eau situées sur ce fleuve. Il faut surtout donner de suite à Montmartre de l'eau de source et ne permettre l'établissement d'aucune prise d'eau publique. sans l'autorisation du comité consultatif d'hygiène.

M. Armand Gautier croit devoir, comme membre du Conseil de salubrité, répondre à la question si importante que vient de traiter M. Daremberg. Le Conseil de salubrité s'est occupé de cette question des eaux de Paris et s'est demandé comment on pourrait faire pour donner à Paris de l'eau de source, ou à son défaut, de l'eau de Seine prise en amont du fleuve, avant le déversement du grand égout collecteur. M. Alphand, directeur des travaux de Paris, s'est engagé à fournir Paris d'eau pure, soit d'eau de source, soit de Seine, puisée en amont, et M. Gautier pense qu'à l'heure qu'il est cette promesse pourrait être réalisée. Quant à la question de la purification des eaux de la Seine souillées par les déjections, M. Gautier dit qu'elle est depuis deux ans sur le tapis et que, si les études ne sont pas encore terminées, c'est que l'ingénieur des mines à qui incombait cette tâche a été changé et que les ingénieurs nommés successivement à sa place ont dû reprendre ces études à nouveau.

M. Hardy demande à M. Gautier s'il peut garantir que tout Paris sans exception soit actuellement abreuvé avec de l'eau pure, soit de source, soit prise en amont de la Seine.

M. Gautier répond qu'il ne peut actuellement rien garantir de semblable, tout au contraire.

M. Daremberg sait de source certaine que le principal obstacle à l'amélioration du régime des eaux de Paris gît dans le défaut de canalisation et le prix exagéré que demande la Compagnie des eaux aux propriétaires désireux de l'approvisionnement d'eau pure.

M. Hérard rappelle qu'il y a dix-neuf ans, lors du choléra de 1865, étant médecin de l'hôpital Lariboisière, il fut étonné du nombre considérable des cholériques fournis par le quartier Montmartre. Soupçonnant que les eaux potables devaient être incriminées, il entreprit, pour vérifier cette hypothèse, une enquête semblable à celle de M. Daremberg. Il fut stupéfait de voir que l'eau distribuée au quartier Montmartre était puisée dans une sorte de mare noire et horriblement infecte. Il pense que ces conditions, qui malheureusement n'ont pas changé depuis dix-neuf ans, contribuèrent en grande partie au développement du choléra dans ce quartier de Paris.

M. Bouley a fait partie d'une commission qui s'est imposé pour principale tâche de trouver le meilleur mode de purification des eaux de la Seine. Au mépris de la loi, qui défend aux habitants des villes de déverser leurs égouts dans les eaux qui servent à l'alimentation, Paris jette à la Seine toute ses déjections. La commission dont fait partie M. Bouley a posé en principe qu'il fallait réaliser sur une grande échelle le système de purification par la terre, qui a donné de si beaux résultats dans la presqu'île de Gennevilliers. Là est la vraie solution du problème, suivant M. Bouley; la terre, en effet, est l'agent purificateur par excellence de toutes les matières putrides, excrémentielles ou autres; elle purifie les eaux en les filtrant et retient à la surface les matières qui doivent servir, comme engrais, à la fécondité du sol et à la richesse des cultures. La commission a donc demandé instamment que le système de purification adopté pour Gennevilliers fût étendu à tous les promontoires qui ponctuent le cours de la Seine. Là, encore une fois, est la solution sur laquelle il importe d'insister.

C'est en effet quelque chose d'inqualifiable, de véritablement monstrueux que ce qui existe à Paris, où l'extrême civilisation confine en quelque sorte à la barbarie la plus profonde.

M. Bouley, lui aussi, a fait comme M. Daremberg ce ténébreux voyage sur ce fleuve immonde dont il a pu contempler les abominables noirceurs ; l'impression qu'il a retirée de ce voyage, c'est que l'Achéron des anciens devait être un fleuve charmant en comparaison de la Seine telle qu'elle est de nos jours.

M. Lunier ne pense pas, contrairement à ce qu'a dit M. Gautier, que l'on soit en mesure de donner dès maintenant de l'eau pure à tous les habitants de Paris. Il serait cependant urgent de le faire, car ce n'est pas seulement le choléra, mais aussi la fièvre typhoïde qui est à craindre avec le régime actuel des eaux. Il y a donc lieu, suivant lui, d'insister sur la nécessité de fournir Paris avec de l'eau de Seine prise en amont de la partie du fleuve où se déverse le grand égout collecteur.

M. Brouardel fait observer que tout le monde est d'accord sur deux points : 1° la nécessité pour Paris de boire de l'eau qui ne soit point souillée par les matières fécales ; 2° la nécessité de ne plus envoyer ces matières à la Seine. Pour le reste, et particulièrement pour la purification des eaux par la terre dont a parlé M. Bouley, la question doit être absolument réservée.

D'un voyage qu'il a fait à Berlin, où il a pu étudier de près ce système employé sur une grande échelle, M. Brouardel a rapporté cette conviction qu'il faudrait, si on voulait le généraliser à Paris, un champ de dépuration au moins égal en étendue au périmètre de la capitale.

M. Bouley insiste et dit qu'il y lieu de se préoccuper avant tout du principe, sans s'inquiéter pour le moment des voies et moyens d'exécution. Il importe que l'Académie, avec sa grande autorité, intervienne pour faire adopter le principe de la purification des eaux de la Seine. Peu importe le système, encore une fois; il faut qu'il soit bien entendu que Paris n'a pas le droit de souiller les eaux qu'il boit et qu'il doit purifier les eaux de ses égouts avant de les déverser dans le fleuve.

M. Lagneau pense que le système de l'irrigation par les eaux d'égout est excellent, mais à la condition d'être pratiqué sur une large échelle; on a vu, en effet, que, dans les conditions où ces irrigations ont été concentrées, pour ainsi dire, sur de petites surfaces, le système avait l'inconvénient de donner lieu à certaines maladies infectieuses, en particulier aux fièvres intermittentes.

Quant à la nécessité d'éviter la pollution des eaux potables par les matières fécales, M. Lagneau pense qu'il ne pourrait y avoir deux opinions à cet égard.

M. Rochard fait observer que l'eau de la Seine est souillée en amont comme en aval, depuis que les communes situées en amont du fleuve sont devenues une grande ville de quatre-vingt mille âmes, laquelle envoie à la Seine toute la masse de ses déjections. L'eau de la Seine puisée en amont est donc loin d'être pure, et il faut remonter beaucoup plus haut que le point de déversement de l'égout collecteur pour avoir de l'eau propre à la boisson.

M. Béclard : Il faudrait remonter jusqu'à Joigny!

M. Daremberg : Ce n'est pas seulement l'eau de la Seine qu'il faudrait purifier, mais encore l'eau de la Marne, car elle aussi est contaminée par les déjections des habitants des communes situées sur son cours.

M. Bouley demande que l'Académie soit appelée à voter le principe en vertu duquel la ville de Paris n'a pas le droit de souiller les eaux qui servent à sa boisson.

M. le Président fait observer que l'Académie n'est plus en nombre pour émettre un vote aussi important. D'ailleurs, la discussion est mise à l'ordre du jour, d'après la demande faite par M. Brouardel; elle pourra donc être reprise dans l'une des prochaines séances.

— La séance est levée à cinq heures.

Stéthoscope-cardiographe de M. Gavoy.

M. le baron Larrey a présenté à l'Académie de médecine dans la séance du 30 septembre un pli cacheté contenant la description détaillée du stéthoscope de M. le docteur Gavoy, médecin-major de première classe des hôpitaux militaires. Quoique ce pli ne soit pas encore ouvert, nous croyons pouvoir, sans commettre une indiscrétion, dire quelques mots de cet instrument que nous avons eu bien souvent l'occasion d'employer.

Ce stéthoscope est un téléphone en miniature : les bruits thoraciques, pulmonaires ou cardiaques, sont suffisamment amplifiés, sans exagération ; ils sont nets, vibrants, bien isolés, sans avoir subi aucune modification dans leur timbre. Des expériences comparatives faites avec les stéthoscopes les plus en renom ne laissent aucun doute sur la supériorité de celui de M. Gavoy. La netteté remarquable avec laquelle il transmet les bruits, son petit volume, sa légèreté, son maniement facile en font un instrument très pratique.

Outre ces avantages, il en présente un autre aussi précieux, celui de permettre de

prèndre le tracé des pulsations du cœur ou du pouls, et d'éclairer ainsi le diagnostic des lésions cardiaques.

En résumé, nous sommes convaincu que le stéthoscope de M. Gavoy sera très utile aux jeunes médecins en cours d'études, et qu'il rendra de grands services aux praticiens qui ne craignent pas de renoncer à leurs vieilles habitudes pour accepter tout ce que peuvent leur offrir d'utile les progrès de la médecine.

Dr EYMERI.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DES BRULURES DE LA CORNÉE. — Weinberg.

Lorsque la cornée ou la conjonctive, ou les deux ensemble, ont été brûlées par un agent chimique, il faut se hâter, avec un jet d'eau froide, d'éloigner de l'œil les particules de l'agent chimique, qui peuvent y être restées logées. Si la brûlure a été produite par un acide, on neutralise avec une solution alcaline et inversement. Dans le cas de brûlure par la chaux vive, on évite d'employer l'eau, et on lui substitue le lait, l'huile d'olives ou l'huile d'amandes. On calme la douleur au moyen des narcotiques, et des onctions avec l'onguent mercuriel belladoné. — Si l'inflammation est vive, on pratique des instillations d'atropine, et on fait séjourner le malade dans une chambre obscure. Si la fièvre est intense, on prescrit de la quinine et des dérivatifs intestinaux. Dès que les escarres sont tombées, on remplace les compresses d'eau froide par des compresses d'eau ou de lait tièdes. — N. G.

COURRIER

CONCOURS DE L'INTERNAT EN MÉDECINE DES HÔPITAUX DE PARIS. —Le jury est ainsi composé : MM. Luys, Grancher, Quinquaud, Polaillon, Henriet, Kirmisson et Bar.

L'épreuve écrite a eu lieu hier sur les questions suivantes: Voies biliaires (anatomie et physiologie). — Symptômes, diagnostic et traitement des kys es hydatiques du foie.

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort d'un médecin très distingué de Vienne, le docteur Zeissl.

CONCOURS D'ÉLÈVES EN MÉDECINE ET EN CHIRURGIE POUR LE SERVICE DES HÔPITAUX CIVILS DE MARSEILLE. — Le lundi 8 décembre 1884, à huit heures du matin, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu un concours pour cinq places d'élèves internes.

Le lundi 15 décembre, à trois heures du soir, un autre concours sera ouvert dans le même hôpital pour huit places d'élèves externes.

Ces deux concours auront lieu devant la commission administrative assistée d'un jury médical.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices à l'Hôtel-Dieu, et produire un certificat de moralité récemment délivré par le maire du lieu de leur résidence.

Les candidats pour le premier concours auront de plus à justifier du nombre de douze inscriptions et d'un an de service actif dans un hôpital comme externes ou comme stagiaires.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Séance du samedi 11 octobre 1884. — *Ordre du jour :* 1. M. Dubrisay : Rapport de la commission du traitement de la teigne par l'huile de croton. — 2. M. Thorens : Rapport sur la candidature de M. le docteur Mazaé Azéma, de la Réunion, au titre de membre correspondant. — 3. M. Millot-Carpentier, membre correspondant : Accidents nerveux rabiformes et purpura intermittent consécutifs à une morsure de rat. — 4. M. Thevenot : Les crises de coliques hépatiques. — La métrite.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

Perplexités relatives au traitement de la pleurésie aiguë (1).

I

S'il est vrai qu'il faille envisager plutôt les *pleurétiques* que les *pleurésies*, il n'en reste pas moins indispensable d'admettre certains types de pleurétiques, pour discuter les indications thérapeutiques qui peuvent convenir à chacun d'eux. Car il est bien évidemment impossible de renoncer absolument à « ce droit à l'abstraction, sans lequel il n'y a pas de pathologie » (Hanot), ni même de clinique.

Nous souscrirons sans réserve à cette phrase de M. Lancereaux : la pleurésie « affection simple en apparence, est cependant des plus complexes, lorsqu'on se donne la peine d'en analyser tous les éléments,.. et non seulement il existe des types pleurétiques multiples, mais chacun de ces types, relevant d'une cause spéciale, ayant une modalité particulière, une évolution propre, donne lieu, par cela même, à des indications pronostiques et thérapeutiques variables et souvent fort différentes. » Mais nous serions incomplètement renseignés sur le nombre et la nature de ces types, si nous nous en tenions à la classification purement anatomo-pathologique qu'il donne des inflammations de la plèvre, lorsqu'il les groupe sous trois chefs : pleurites exsudatives ; pleurites suppuratives ; pleurites prolifératives ou adhésives.

Les notions anatomiques sur lesquelles cette division repose sont loin d'être à dédaigner, et nous aurons à les utiliser au point de vue thérapeutique sans aucun doute, mais elles seraient insuffisantes, si on n'y joignait

(1) Voir le numéro du 30 septembre.

FEUILLETON

CAUSERIES

Le divorce en France au XVIIe *siècle, d'après les* Historiettes *de Tallemant des Réaux. — Le* congrès *comme preuve d'impuissance.*

Par ce temps de divorce et de Congrès qui court, je crois que je puis sans inconvénient exhumer des *Historiettes* de Tallemant quelques passages relatifs à une cause puissante de divorce, dans le temps où il vivait, l'impuissance, et au *Congrès* nécessaire à la preuve de la susdite.

L'histoire la plus célèbre de cette époque est certainement celle du marquis de Langey et de Mlle de Courtaumer, sa femme. Elle est racontée avec force détails par Tallemant, mais entremêlée d'anecdotes étrangères au sujet, et qui alourdissent un peu le récit : qu'il me soit donc permis d'y faire des coupures et de recoudre les morceaux à ma manière; je m'engage, bien entendu, à n'altérer en aucune façon le texte de l'auteur.

*
* *

Quelques paroles lâchées par Mme de Langey ayant fait soupçonner l'impuissance de son mari, la famille de la dame, qui avait peu à se louer, comme la dame elle-même, des procédés du marquis, quoique à un autre point de vue, finirent par lui faire avouer qu'il n'avait point consommé. On la poussa dès lors à demander la dissolution du ma-

des données étiologiques. M. Lancereaux, quoique anatomo-pathologiste éminent, est aussi clinicien trop consommé pour ne pas l'avoir compris, et, parmi les pleurites qui ont pour caractère commun une exsudation séro-fibrineuse, il distingue la pleurésie *a frigore*, la pleurésie rhumatismale, type non moins bien défini et manifestement différent ; puis, à côté de ces deux types, il en range deux autres, la pleurésie urémique et l'épanchement pleural qui survient parfois au décours d'une pneumonie lobaire.

Toutefois ces divisions ne sont pas encore suffisantes pour répondre aux nécessités de la clinique ; sans parler des caractères si tranchés qui distinguent au point de vue des symptomes et des indications thérapeutiques la pleurite *a frigore* localisée à telle ou telle partie de la plèvre (diaphragmatique, interlobaire), etc., il y a encore lieu pour le clinicien d'attacher une importance très grande à certaines conditions physiologiques ou pathologiques, spéciales au sujet chez lequel apparaît une pleurite soit exsudative, soit purulente. Une femme en état de grossesse, de puerpéralité ou de lactation, un enfant ou un vieillard, un paludéen ou un saturnin, un blennorrhagique ou un syphilitique, un sanguin ou une chloro-anémique, s'ils viennent à être atteints de pleurite, ne sauraient évidemment constituer des types au point de vue de la *nosologie*, sous peine ne mener à l'émiettement de cette science et à la négation de toute classification. Mais cependant, ce sont des types pour le *clinicien*, puisque à chacun de ces sujets conviendront des indications *thérapeutiques* différentes.

Passer en revue tous ces cas particuliers, et bien d'autres qui peuvent s'offrir au praticien, excèderait les limites d'un article de journal, et surtout nos forces. Cententons-nous d'en aborder quelques-uns.

II

Nous pouvons d'abord nous supposer en face du type auquel M. Lancereaux a consacré jadis dans ce journal une instructive clinique, la pleurésie ou pleurite *a frigore* chez un adulte bien portant. — « Organisme sain, plèvre saine, pleurésie aiguë », suivant la formule si nette de M. Peter.

La maladie débute, le coup de froid est de date récente ; la douleur de côté et la dyspnée sont intenses, la fièvre vive, et les signes stéthoscopiques nous révèlent l'existence soit de bruits de frottement, soit d'un épan-

---

riage, et elle envoya un exploit à son mari. Après quelques escarmouches, pendant lesquelles le mari offrit le congrès en particulier, et la femme demanda à être visitée, la visite des deux conjoints eut lieu chez le lieutenant civil, devant douze experts, dont deux matrones. Ici, je laisse la parole à Tallemant :

« Langey est bien fait et de bonne mine. Mme de Franquetot-Carcabu, en le voyant au Cours, dit : « Hélas ! à qui se fiera-t-on désormais ? » Cela donnait de mauvaises impressions contre la demoiselle. Je ne sais combien de harengères et autres femmes étaient à la porte du lieutenant civil, et dirent en voyant Langey : « Hélas ! plût à Dieu que j'eusse un mari fait comme cela ! » Pour elle, elles lui chantèrent pouille. La visite lui fut fort désavantageuse, car on ne la trouva point entière. Renevilliers-Galand, alors conseiller au Châtelet, disait : « On ne pourra pas dire que Langey, durant ces quatre ans, n'a pas fait œuvre de ses dix doigts. » D'avoir été tâtée, regardée de tous les côtés, par tant de gens et si longtemps, car cela dura deux heures, donna une si grande indignation à tout le sexe que, depuis ce temps-là jusqu'au congrès, toutes les femmes furent pour Langey ; d'ailleurs il ne disait rien contre elle..... Il demanda le congrès. Tout le monde pourtant s'étonnait de son audace, car il n'y avait qui que ce fût qui pût dire : « Je l'ai vu en état. » On doutait fort de sa vigueur. Le seul ministre Gache et le médecin L'Aimonon, qui est à M. de Longueville, soutenaient qu'il était comme il fallait ;..... ce qui fit dire plaisamment à Menjot, le médecin, qu'ils étaient les deux c........ de Langey : M. L'Aimonon le droit, et M. Gache le gauche.

« Il y eut bien des procédures pour cela, qui firent durer la chose près de deux ans ; on ne parlait que de cela dans tout Paris..... Les femmes s'accoutumèrent insensiblement à ce mot de *congrès*, et on disait des ordures dans toutes les ruelles. Une parente

chement encore très peu abondant. Ici commencent les perplexités pour le jeune médecin qui n'a pas encore contracté d'habitudes en thérapeutique, car il se sent assailli à la fois par le souvenir des enseignements multiples qu'il a reçus.

Peut-on *juguler* une pleurésie par la méthode antiphlogistique? Cela nous paraît douteux, nous ne l'avons jamais vu faire. Peut-on en diminuer la durée, nous le croyons. Mais par quels moyens?

Nous songeons tout d'abord à la *saignée.*

Sans doute il ne saurait s'agir de restaurer la pratique du XVII[e] siècle. Guy Patin a eu beau être un homme infiniment spirituel ; il est impossible de ne pas s'égayer à ses dépens, lorsqu'il rapporte l'observation suivante : « J'ai autrefois traité un gentilhomme âgé de 7 ans, qui tomba dans une grande pleurésie pour s'être trop échauffé à jouer à la paume. Il fut saigné treize fois et fut guéri en quinze jours comme par miracle. » — Comme par miracle n'est peut-être pas de trop !

Mais, si nous refusons de partager l'enthousiasme de cet excellent Guy Patin pour la phlébotomie à outrance et de répéter avec lui ce vers, qui n'est pas un des plus beaux de Joachim du Bellay,

O bonne ! ô saincte ! ô divine saignée !

nous avons lu et relu les brillantes cliniques de M. le professeur Peter, et nous savons qu'il préconise avec chaleur la saignée au début de la pleurésie primitive aiguë. Toutefois il ne semble pas que sa conviction ait gagné beaucoup de ses confrères ; car, après avoir passé douze ans dans les hôpitaux et avoir vu soigner des pleurésies par une quinzaine de nos maîtres, nous n'avons pas encore eu à pratiquer une seule saignée chez un pleurétique. Il est vrai que M. Peter lui-même « ne saigne pas habituellement les pleurétiques de l'hôpital, comme il le fait parfois en ville, en raison de la faiblesse radicale de la population de ces asiles, ou de la date déjà reculée de l'affection. » Nous écarterons donc l'idée de la saignée générale.

En revanche, nous nous rallions pleinement au précepte des *émissions sanguines locales*, que nous avons toujours vu suivies de l'amendement des deux symptômes les plus pénibles, la douleur et la dyspnée. Nous en

---

de la dame dit un jour de visite, parlant de Langey : « On a trouvé la partie bien formée, mais point *animée.....* » On l'appelait, lui, *le marquis du congrès.* Un jour qu'il disait à M[me] de Gondran : « Madame, j'ai la plus grande ardeur du monde pour ma femme. — Hé! Monsieur, gardez-la pour un certain jour, cette grande ardeur! » M[me] de Sévigné (elle-même!) lui dit un peu gaillardement : « Pour vous, votre procès est dans vos chausses ».

« Le jour qu'on ordonna le congrès, Langey criait victoire; vous eussiez dit qu'il était déjà *dedans :* on n'a jamais vu tant de fanfaronnades. Mais il y eut bien des mystères avant que d'en venir là. Il fit ordonner qu'on la baignerait auparavant; c'était pour rendre inutiles les restringents, et qu'elle aurait les cheveux épars, de peur de quelque *caractère* (magique; de prétendus talismans) dans sa coiffure. Faute d'autre lieu, on prit la maison d'un baigneur au faubourg Saint-Antoine.

« La veille, lui et elle furent encore visités par quinze personnes, et, le jour, je pense qu'il avait aposté de la canaille, la plupart des femmes, qui dirent quelques injures à la patiente. Elle y alla bien accompagnée, et les laquais disaient à ceux qui demandaient qui c'était : « C'est M. le duc du Congrès! » Elle était fort résolue en y allant, et dit à sa tante, qui demeura : « Soyez assurée que je reviendrai victorieuse; je sais bien à qui j'ai affaire. » Là, il lui tint toute la rigueur jusqu'à ne pas vouloir souffrir, quand on la coucha, qu'on la coiffât d'une cornette que deux femmes, des parentes de son grand-père, avaient apportée, il en fallut prendre une de celles de la femme du baigneur. En s'allant mettre au lit, il dit : « Apportez-moi deux œufs frais que je lui fasse un garçon du premier coup. » Mais il n'eut pas la moindre *émotion* où il fallait; il sua pourtant à changer deux fois de chemise; les drogues qu'il avait prises l'échauffaient.

croyons l'action plus efficace que celle de l'injection de morphine. M. le professeur Sée, distinguant judicieusement la dyspnée du début de la pleurésie, qui est sous la dépendance de la douleur, de la dyspnée mécanique qui progresse avec l'épanchement, prescrit contre la première l'injection de morphine. Celle-ci donne à coup sûr un soulagement, — mais qui n'est que passager, nous a-t-il semblé, — tandis que toujours nous avons obtenu, après l'application des ventouses scarifiées en nombre suffisant, une suppression définitive de la douleur et de la dyspnée connexe. D'ailleurs rien n'empêche de combiner les deux moyens, et c'est ce que nous ferions. Les ventouses scarifiées au nombre de quatre, six, douze, vingt même, peuvent être appliquées soit horizontalement, suivant la longueur d'un espace intercostal quand la douleur y paraît limitée, soit sur plusieurs espaces, quand elle est diffuse. Les ventouses scarifiées répugnent en général moins aux malades que les sangsues, qui pourtant sont en ville d'une application plus facile. On peut favoriser l'écoulement du sang par l'application d'un large cataplasme.

Comme moyen de soulager la dyspnée et la douleur, on a proposé d'imbriquer sur le côté du thorax malade des bandelettes de diachylon, ainsi que dans le cas de fracture de côtes.

III

Pour enrayer rapidement les progrès d'une pleurésie aiguë, quelques médecins ont encore recours aux *purgatifs* énergiques. Les drastiques et les éméto-cathartiques ont joui à une certaine époque d'une faveur qu'ils méritent peut-être.

L'administration du tartre stibié à dose élevée, déterminant d'abondantes évacuations, a été manifestement suivie, dans plusieurs observations que nous avons recueillies, d'une chute de la température et d'une diminution de l'épanchement, à une époque où celui-ci semblait devoir continuer encore à s'accroître. Mais nous osons à peine émettre cette assertion, en face de l'affirmation imposante de M. Jaccoud, qui dit « avoir maintes fois observé que l'efficacité du tartre stibié est bornée, dans la première période, à son action antipyrétique, et dans la seconde à son action évacuante ; car, si l'émétique est toléré sans évacuation, c'est-à-dire s'il agit selon la théorie

---

De rage, il se mit à prier. « Vous n'êtes pas ici pour cela », lui dit-elle; et elle lui fit reproche de la dureté qu'il avait eue pour elle, lui qui savait bien qu'il n'était point capable du mariage; or, il y avait là, entre les matrones, une vieille dame Pezé, âgée de 80 ans, nommée d'office, qui fit cent folies; elle allait de temps en temps voir en quel état il était, et revenait dire aux experts : « C'est grand'pitié, il ne *nature* point. » Enfin, le temps expiré, on le fit sortir du lit..... Au retour de là, un laquais contait naïvement à un autre : « Il n'a jamais pu se mettre *en humeur*. Pour M[lle] de Courtaumer, elle était *en chaleur;* il n'a pas tenu à elle. »

Les femmes qui avaient été pour Langey étaient déferrées : « C'est un vilain, disaient-elles, n'en parlons plus. »

L'arrêt de dissolution du mariage fut rendu quelques mois après, contre le mari, avec défense de se remarier. Au bout d'un an et demi, Langey prit des lettres en forme de requête civile, pour faire ôter de l'arrêt la défense de se marier; mais M. le chancelier le rebuta en disant : « A-t-il *recouvré de nouvelles pièces ?* »

Depuis la mort de sa grand' tante de Téligny, il se fait appeler le *marquis de Téligny ;* mais il ne laisse pas d'être *Langey* pour cela.

Au bout de quelques mois pourtant, Langey épousa une fille de 30 ans, sœur de M. le duc de Navailles. Il en a eu un fils et une fille, dont il se vantait sans cesse. Un jour qu'il les montrait, Benserade lui dit : « Moi, monsieur, je n'ai jamais douté que Mademoiselle de Navailles ne fût capable d'engendrer. »..... J'espère qu'un de ces matins le cavalier présentera requête pour faire défense à l'avenir d'appeler les impuissants *Langeys*.

La naissance de ces enfants fut un des motifs qui déterminèrent la grand'chambre du

classique du contro-stimulisme, il est sans effet sur la résorption du liquide. »

M. Peter déplorant quelque part que « lascience soit actuellement faite par de tout jeunes gens à peine sortis de l'école et dont l'expérience est doublement insuffisante, puisqu'elle n'a le contrôle ni de l'âge ni de l'observation dans un milieu différent de celui de l'hôpital, » nous ne voudrions certes pas qu'on pût nous reprocher la moindre prétention à refaire la science, et nous sommes tout disposé à accepter les enseignements de nos maîtres.

Et pourtant, si mince que soit le résultat qu'il faille espérer de l'administration précoce d'un éméto-cathartique énergique, nous y aurons recours à l'occasion, si le malade est robuste, et *a fortiori* s'il existe un état saburral quelque peu accusé.

IV

Cela fait, l'heure est venue de s'attaquer au litigieux problème de la révulsion, ou, pour parler net, du vésicatoire. Car les autres moyens de révulsion n'ont pas de nombreux partisans. Le sinapisme, le badigeonnage de teinture d'iode ne sont guère prescrits que par les amis de l'abstention, décorée dans l'espèce du nom d'expectation dissimulée. Nous ne ferons que citer l'ignipuncture, voire la cautérisation potentielle (Antonin Martin), ou l'application de courants induits (Brambilla), et nous exposerons nos perplexités au sujet de l'emplâtre cantharidien.

A coup sûr, la lecture de tout ce qui a été écrit sur ce sujet est bien faite pour nous plonger dans le découragement.

Le vésicatoire compte de hauts et puissants détracteurs : nous avons dit quel scepticisme M. Brouardel professe à son égard, et M. G. Sée n'est guère mieux disposé en sa faveur. Nous pouvons citer une phrase d'un adversaire de moindre notoriété, qui exprime même son opinion avec une âpreté assez agressive pour les médecins d'avis opposé : « Nuisible au début, impuissant dans la période d'état, car il ne peut rien dans l'organisation des fausses membranes résorbantes, le vésicatoire est inutile dans la phase de régression, à moins que le médecin ne désire se donner du prestige auprès de son malade. » (Arnould, *Recueil de méd. clini. et pharm. milit.*, 1880, 1er fasc.)

---

parlement de Paris à rendre l'arrêt du 16 février 1677, par lequel il fut fait défense à tous juges, même à ceux des officialités, d'ordonner à l'avenir dans les causes de mariage la preuve du *Congrès* (*Traité de la dissolution du mariage pour cause d'impuissance.* Luxembourg, 1735, in-8°, p. 120). On préféra des malheurs particuliers à des scandales publics, et on recula devant l'incertitude des épreuves.

De son côté, Mlle de Courtaumer se remaria avec M. de Boesse ; elle eut trois filles et mourut à 30 ans. Son mari l'estimait. Ce n'était nullement une coquette.

*
* *

Reprenons maintenant quelques-unes des digressions faites par Tallemant au cours de son récit. L'une d'elles me paraît être l'origine de la légende du célèbre Lustucru.

Après la dissolution du mariage, « quelque folâtre s'avisa de faire un almanach où il y avait une espèce de forgeron grotesquement habillé, qui tenait avec des tenailles une tête de femme, et la redressait avec son marteau. Son nom était *L'eusses-tu cru*, et sa qualité, *médecin céphalique*, voulant dire que c'est une chose qu'on ne croyait pas qui pût jamais arriver que de redresser la tête d'une femme. Pour ornement, il y a un âne chargé de têtes de femmes, mené par un singe ; il en arrive par eau et par terre, de tous côtés. »

On fit alors une multitude de caricatures sur Lustucru, dit en note M. Monmerqué. On lit au bas de celle dont parle Tallemant : « Céans M. Lustucru a un secret admirable qu'il a apporté de Madagascar pour reforger et repolir, sans faire mal ni douleur, les testes des femmes acariastres, bigeardes, criardes, diablesses, enragées, fantasques,

O pauvre vésicatoire, te voilà bien malmené et avec toi ceux qui ont foi en tes vertus ! Car tu peux aussi te glorifier d'avoir d'enthousiastes défenseurs, et peut-être cependant n'as-tu mérité

Ni cet excès d'honneur ni cette indignité.

Non seulement d'ailleurs le critique se trouve entre les deux camps opposés de ceux qui veulent mettre des vésicatoires aux pleurétiques et de ceux qui s'y refusent; mais, parmi les partisans de l'affirmative, s'agite encore la question du moment où il convient d'en user : au début ? dans la période d'état? ou au déclin ?

Tout à fait au début est une formule qui n'a guère plus de défenseur. « On a dit, écrit M. Jaccoud, que dans la phase d'orgasme fébrile, un large vésicatoire, appliqué dès que le bruit de frottement est perceptible, peut prévenir l'épanchement liquide et par suite couper court à la maladie ; je ne veux pas nier le fait, mais cette pratique ne m'a jamais réussi, et à ce moment-là le vésicatoire m'a toujours paru agiter et faire souffrir le malade en pure perte. » — M. Jules Besnier a essayé de faire valoir, en faveur de l'application précoce du vésicatoire, que, d'après les recherches de M. Galippe, la cantharidine jouissait d'une action antipyrétique. Cet argument paraît négligeable.

C'est peu après la période d'invasion que M. Lancereaux croit le moment unique, physiologique et d'élection. Le vésicatoire lui semble « le meilleur moyen de limiter ou même d'arrêter le processus phlegmatique, mais à la condition qu'il sera employé opportunément, c'est-à-dire *dans les huit ou dix premiers jours* du mal ; plus tard, il reste sans efficacité ». Le savant médecin de la Pitié appuie son argumentation sur des données anatomo-pathologiques qui empruntent une grande valeur à sa haute compétence en cette matière.

En effet, d'après lui, il y a lieu de distinguer dans la pleurésie aiguë *a frigore* trois phases. Dans la période ascensionnelle, répondant à l'irritation phlegmasique de la plèvre, les vaisseaux lymphatiques se gorgent d'un liquide qui, au bout de quelques jours, par suite sans doute d'une exagération de la fibrine, se coagule, en sorte qu'il vient un moment où ces vaisseaux se trouvent obstrués par des concrétions. Après cette période de huit

---

glorieuses, hargneuses, insupportables, lunatiques, meschantes, noiseuses, obstinées, pie-griesches, revesches, sottes, testues, volontaires, et qui ont d'autres incommodités, le tout à prix raisonnable, aux riches pour de l'argent, et aux pauvres gratis. » Dans un autre on voit l'*illustre Lustucru en son tribunal*; des maris viennent de toutes les parties du monde le remercier et lui offrir des présents, en reconnaissance des services qu'il leur a rendus. Dans une autre est représenté le *massacre de Lustucru par les femmes*. Ces dernières ne se contentèrent pas de cette vengeance, car on trouve encore ailleurs l'*invention des femmes qui font ôter la méchanceté de la tête de leurs maris*. Somaise fait allusion à ces caricatures dans la comédie des *véritables prétieuses* (Paris, Jean Ribou, 1660, in-12). Il y introduit un poète qui récite le commencement d'une tragédie intitulée : *La mort de Lustucru lapidé par les femmes*. »

*
* *

Après avoir raconté l'échec, le *fiasco*, comme aurait dit Stendhal, de M. de Langey, notre auteur interrompt son récit et dit : « L'hiver suivant, il arriva une chose quasi semblable à Rheims: la femme, par grâce, accorda au mari toute une nuit. Les experts étaient auprès du feu ; ce pauvre homme se crevait de noix confites. A tout bout de champ, il disait : « Venez, venez » ; mais on trouvait toujours *blanque*. La femelle riait et disait : « Ne vous hâtez pas tant, je le connais bien. » Ces experts disent qu'ils n'ont jamais tant ri ni mieux dormi que cette nuit-là. » *Trouver blanque* est une expression du temps qui signifie ne pas trouver ce qu'on cherche. Elle est empruntée de la loterie, où tirer un billet blanc, c'est ne rien gagner. (*Historiette de Mme de Langey*, t. X, p. 101.)

à dix jours, commence la période de *statu quo,* où l'épanchement reste stationnaire forcément, jusqu'à ce que les bouchons fibrineux du réseau circulatoire subissent une transformation granulo-graisseuse, se désagrègent et soient entraînés par le courant lymphatique ou résorbés. Cela dure de quatre à cinq semaines. Puis la période descendante ou de résolution, caractérisée anatomiquement par la transformation, la liquéfaction et la disparition des coagulums renfermés dans les vaisseaux et les lacunes lymphatiques, l'est aussi cliniquement par la résorption en deux ou trois jours du liquide pleural, alors que survient une diurèse, comme si le malade pissait son épanchement. Aussi, comme conséquence de ces vues anatomiques la révulsion par application de vésicatoires paraît-elle à M. Lancereaux utile dans la première phase, tandis qu'elle est littératement inutile dans la seconde, la résorption étant impossible à cause de l'obstruction des vaisseaux, et qu'elle sert peu dans la troisième, puisque la résolution s'opère alors spontanément. Cette manière de voir lui paraît applicable à pilocarpine qui n'aurait donné de résultats avantageux qu'au début.

Tout au contraire, notre chère maître, M. Dujardin-Beaumetz, incline à reconnaître que les bénéfices qu'on retire de cette méthode sont d'autant plus grands que la période d'acuité a disparu, et c'est également à la période d'état que M. Jaccoud croit l'application répétée de larges vésisatoires volants d'une incontestable utilité.

Obligé cependant de prendre un parti en présence de ces divergences d'opinions, et après avoir attentivement observé le résultat de la pratique de nos maîtres, nous nous déciderions à mettre le premier vésicatoire, non pas pendant l'orgasme d'invasion, mais cependant dès les premiers jours ; car l'argumentation de M. Lancereaux nous paraît très valable.

V

Quelques nuances relatives au lieu et au mode d'application du vésicatoire ne sont peut-être pas hors de saison, puisque nous n'avons la prétention de parler qu'à de jeunes praticiens.

Nous n'aimerions pas à le placer dans la fosse sous-épineuse ou dans la gouttière rachidienne, non pas pour laisser la facilité de se coucher sur le dos à notre malade, voué comme pleurétique au décubitus latéral, mais afin

---

***

Tallemant rapporte deux histoires assez plaisantes de divorce pour impuissance.

Un huguenot, nommé de l'Ormoye, natif de Blois, étudiant en théologie à Saumur, eut fantaisie de se faire eunuque à la façon d'Origène ; on le sut et on l'en détourna. Enfin, il fit un voyage à Paris, où, sans rien dire à personne, il se fit *hongrer.* De retour à Saumur, il devint amoureux de la fille de celui chez qui il était en pension, et qu'il avait vue auparavant un million de fois sans l'aimer. Il la demande et l'épouse. Je vous laisse à penser si un homme comme cela pouvait faire bon ménage. Au bout de quelque temps il la bat ; elle s'en plaint ; lui alla jusqu'au bout, et fit rompre le mariage en exhibant ses pièces. Depuis cela, il est fou sans ressources. (T. IX, p. 191.)

Mme Turcan, femme d'un maître des requêtes, mal servie par son mari, voulut savoir si les autres hommes n'en étaient pas mieux fournis que M. Turcan, et fut renseignée sur ce point par un cavalier d'Auvergne, nommé Canillac. Le ménage n'en alla pas mieux pour cela, car le mari surprit presque les amants, et enfin la femme demanda à être démariée. Ils furent visités l'un et l'autre. Elle voulait être masquée ; Guéneau, qui était pour Turcan, l'obligea à se démasquer, et avec un *speculum matricis,* fit voir que l'ouverture était honnêtement grande. Elle pleura de dépit... Elle fut déclarée ouverte et lui impuissant pour fille... Cependant, faute d'en venir au congrès, ils furent démariés. Après, elle épousa Canillac, qui la bat comme il faut. Ainsi Turcan a eu de son vivant le plaisir qu'un innocent disait à sa femme qu'il aurait, s'il était mort : « Car, lui disait-il, si j'étais mort et que tu fusses remariée à un autre qui te battît, je rirais tant ! je rirais tant ! » (T. VII, p. 224.)

de pouvoir le panser sans le faire asseoir. Il nous semble aussi qu'il y a quelque inconvénient à placer le vésicatoire dans la ligne axillaire, sur laquelle on peut être appelé à pratiquer la thoracentèse, si l'épanchement s'accroît très rapidement avant que le vésicatoire soit sec. Mais on peut faire diviser le vésicatoire en deux bandes séparées par un intervalle vertical de cinq centimètres, qui correspond à la ligne axillaire.

La crainte du cantharidisme rénal, que pourraient légitimer les intéressantes et précises expériences de M. Cornil sur la néphrite cantharidienne, ou du cantharidisme vésical, assez rare d'ailleurs, ne saurait nous arrêter, hormis le cas où le malade serait atteint d'une affection antérieure de l'appareil urinaire. Chez des sujets sains, nous n'avons jamais vu survenir de cantharidisme, quand on avait pris les précautions suivantes : sans parler de l'usage illusoire, paraît-il, de camphrer le vésicatoire, ou de le recouvrir d'un papier huilé, — en ne prolongeant pas l'application au delà de la phlycténulation, on prévient l'absorption d'une quantité notable de cantharidine ; — la recommandation de boire assez abondamment (un litre de lait en quelques heures) facilite d'ailleurs l'élimination rénale ; — enfin un cataplasme appliqué sur le bas-ventre et un lavement tiède constituent pour la vessie une sorte d'atmosphère antiphlogistique.

Le vésicatoire enlevé, il ne peut qu'être avantageux de lui substituer pendant quelques heures un cataplasme. Enfin, les phlyctènes une fois percées, au papier brouillard, à l'ouate même nous préférons comme pansement, suivant l'usage adopté par notre maître, M. A. Chauffard, une large plaque de diachylon qu'on peut laisser à demeure, sous laquelle la cicatrisation s'effectue sans encombre et qui ne gêne en aucune manière l'examen sthéthoscopique.

(A suivre.) Paul Le Gendre.

REVUE DES JOURNAUX

De l'albuminurie physiologique, par de la Celle de Chateaubourg. — Cet observateur démontre la fréquence de ce phénomène dans l'état de santé. Sur 701 personnes, 592 en étaient atteintes ; soit 72 p. 100. La fatigue contribue à le provoquer : sur 120 soldats

*
* *

En voici une plus forte que j'ai hésité à transcrire, parce qu'elle est un peu bien rabelaisienne pour notre époque, mais elle est si drôle en même temps que ce serait dommage de la laisser perdre. D'ailleurs, j'ai prévenu que le style de notre auteur était un peu gras, et ceux qui n'aiment pas Rabelais feront bien de s'arrêter ici.

Un article de notre Code civil actuel dit que la femme doit suivre son mari partout où il lui plaît d'habiter. Le marquis de Langey, entre autres griefs articulés contre lui, voulait persuader à sa femme qu'une honnête femme devait avoir les mêmes goûts que son mari et ne devait manger que de ce qu'il mangeait. Jusque-là tout est bien ; mais Tallemant dit à ce propos :

« Cela me fait souvenir d'un receveur des tailles du Mans, nommé Saint-Fucien, qui rendait des lavements dans son lit, étant couché avec sa femme, et disait que, si elle l'aimait bien, elle ne trouverait point que cela sentît mauvais. Il était aussi impuissant, et, quand un de ses juges lui demanda pourquoi il s'était marié, étant en cet état-là : « Monsieur, répondit-il naïvement, le jubilé était proche, et je croyais qu'à force de prier Dieu, cela reviendrait. » Il fut pourtant démarié.

Je voudrais bien savoir si, parmi les 1,800 demandes de divorce qui ont été envoyées au parquet de la Seine depuis que la loi est votée, il y en a beaucoup qui soient appuyées sur les mêmes motifs que ceux invoqués dans les *Historiettes* de Tallemant des Réaux.

examinés le même jour, 92 étaient albuminuriques, c'est-à-dire dans la proportion de 76 p. 100 et ce chiffre s'élevait à 90 après une marche, en même temps que la quantité d'albumine était augmentée. Il en est de même de l'influence du travail mental et on a constaté l'albuminurie dans la proportion de 92 p. 100, sur une série de jeunes gens préparant leurs examens.

Après un bain chaud de cinq minutes, on put l'observer aussi très manifestement. En tout cas, sur d'autres points, cet observateur est en désaccord avec Senator, Rendall et autres, car il n'attribue qu'une faible influence à la nourriture dans la pathogénie de l'albuminurie. Enfin l'influence de l'âge a été constatée en examinant les urines de 1,112 enfants de 4 à 14 ans. On a rencontré, parmi eux, 111 fois de l'albumine, c'est-à-dire dans une proportion de 78 p. 100 des cas observés. Elle était en moindre quantité que dans l'urine des adultes. (*Centralbl. für die med. Wiss.*, 1804, n° 16.)

C. L. D.

La pathologie de la myocardite, par W. Welch. — La myocardite n'est pas le résultat d'un processus inflammatoire dans l'acception donnée habituellement à ce mot. Elle résulte plutôt de la dégénérescence et des dépôts fibrineux consécutifs à une dystrophie des éléments anatomiques. Parfois aussi elle est consécutive aux troub les de nutrition causés par l'occlusion partielle des artères coronaires.

Les cas, dont M. Welch a été témoin et dont il a fait l'autopsie, se divisent en trois catégorics : 1° cas où pendant la vie, on ne constatait pas de troubles cardiaques, et où la mort survint par des causes autres que la maladie ; 2° cas de mort subite sans troubles cardiaques apparents ; mort dans laquelle la myocarde et les artères coronaires avaient été mises en cause pendant la vie ; 3° cas de mort subite précédée d'une ou de plusieurs attaques d'angine de poitrine ; 4° cas avec symptôme d'insuffisance orificielle, peu de jours avant la mort ; 5° cas où il existait depuis longtemps des signes classiques de cardiopathie valvulaire. (*American medical Association,* 7 mai 1884, *et N.-Y. med. Journal*, 17 mai 1884, p. 563.) — C. L. D.

L'Épidémie cholérique de 1884.

Départements. — L'épidémie s'atténue maintenant avec rapidité dans les campagnes, et le nombre des départements contaminés est encore moindre qu'il y a huit jours.

A *Marseille* on compte 20 décès du 2 au 8 octobre. Sur ce nombre, il faut en attribuer 8 à la journée du 6 octobre, la plus mauvaise de la semaine. A *Toulon* et dans la banlieue, la mortalité cholérique de la même période a été de 9 décès.

Dans le *Gard*, on signale 6 décès ; dans l'*Ardèche*, 3 décès, dont 1 à Villeneuve-de-Berg, où l'amélioration est considérable ; 15 enfin dans les *Pyrénées-Orientales*. La plupart de ceux-ci ont été observés à Perpignan, où l'atténuation de l'épidémie n'est relativement pas moindre que dans les campagnes.

Algérie. — Le choléra est installé à Oran où, du 2 au 7 octobre, il y a fait 41 victimes. Remarquons que ces chiffres, officiels cependant, ne correspondent pas à ceux de la morbidité cholérique durant le même espace de temps. Celle-ci n'aurait été que de 36 cas ; le rapport de l'une avec l'autre semblerait indiquer une grande malignité de la maladie.

A *Bône*, pendant la même période, on a compté 13 décès, en grande partie sur des soldats.

Les dernières dépêches mentionnent une notable amélioration et 6 malades seulement au lazaret.

Etranger. — En *Italie,* les cas nouveaux s'élèvent du 1er au 7 octobre, à 1,436 dont 532 à Naples, 150 à Gênes, 1 à Milan et 1 à Venise ; les décès à 826, dont 198 à Naples et 84 à Gênes. Si on compare ces chiffres avec ceux des sept journées précédentes, on constate toute l'étendue de l'amélioration, malgré la contamination de Gênes.

En *Espagne*, la statistique officielle, du 2 au 8 octobre, mentionne 17 décès et 20 cas nouveaux seulement dans les provinces d'Alicante, de Lérida et de Ferragone. Par contre, elle n'indique aucun cas cholérique à Barcelone. Cependant, d'après les informations privées, il y aurait eu 17 cas et 12 décès du 5 au 8 octobre. La vraisemblance de ces informations résulte d'ailleurs des mesures et des subsides dont cette ville est officiellement l'objet. Ce retard à dénoncer les cas suspects serait-il une habile mesure pour éviter les quarantaines à l'étranger ? Il y aurait lieu à surprise dans un pays où l'établissement des cordons sanitaires a été poursuivi avec une énergie qu'on pourrait qualifier de féroce, si elle ne méritait un autre nom. — C. L. D.

CORRESPONDANCE

Lille, le 30 septembre 1884.

Monsieur le rédacteur en chef,

J'ai pris connaissance, dans votre numéro du 25 septembre, du mémoire que M. le professeur Eustache a lu au Congrès de Copenhague. Il y est dit que la femme D..., qui a survécu à l'opération césarienne, est devenue enceinte deux fois depuis cette époque, et que deux fois on a pratiqué sur elle l'*avortement artificiel*. Il y a là une erreur de mot que je tiens à relever.

La femme D... est bien devenue enceinte deux fois, mais les deux fois j'ai pratiqué sur elle l'*accouchement prématuré artificiel*, dans le service de la clinique obstétricale de a Faculté de l'Etat, ce qui est bien différent. La première fois, l'enfant est venu au monde *à 8 mois moins 8 jours; la deuxième fois, à 7 mois et 8 jours* environ. Les deux accouchements ont été faciles, et j'aurais pu prolonger la grossesse jusqu'à 8 mois 1/2, si je n'avais eu la crainte de voir une rupture se produire du côté de la cicatrice au moment du travail, à cause du volume plus gros du fœtus.

Agréez, etc.

Ch. Pilat,
Professeur de clinique obstétricale
à la Faculté de médecine de l'Etat.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 6 octobre 1884. — Présidence de M. Rolland.

M. Faye, en présentant à l'Académie un volume qu'il vient de publier, sous le titre *Sur l'origine du monde*, s'exprime comme il suit :

« J'ai l'honneur de présenter à l'Académie un volume orné d'assez nombreuses figures, que M. Gauthier-Villars a édité avec un soin particulier dont je le remercie. Il a pour titre *Sur l'origine du monde* et traite des idées cosmogoniques qui ont régné à diverses époques, depuis les temps primitifs jusqu'à nos jours. Je me suis fait un devoir de reproduire textuellement les opinions des grands esprits qui ont successivement abordé ces questions. Le lecteur pourra donc juger par lui-même sur les pièces originales. Je me hâte d'ajouter que, malgré le but exclusivement scientifique de cet ouvrage, j'ai tâché de le rendre clair dans toutes ses parties et pour tout le monde.

« Les pièces originales, dont je viens de parler, sont extraites, pour les temps primitifs, de la *Genèse ;* pour les temps anciens, du *Timée* de Platon, du livre *du Ciel* d'Aristode, du *de Republica* de Cicéron, du *de Natura rerum* de Lucrèce, des poèmes d'Ovide et de Virgile ; pour les temps modernes des écrits de Descartes, de Newton, de Kant et de Laplace. Il ne s'agit pourtant pas d'une simple compilation ; car l'ouvrage se termine par l'exposé d'une cosmogonie nouvelle, en rapport avec la science de notre temps.

« Ces documents montrent, en effet, que les idées cosmogoniques ont toujours répondu à l'état de la science du temps, science d'abord rudimentaire à l'époque primitive, puis développée d'âge en âge jusqu'à son entier épanouissement mathématique au XVIIIe siècle.

« La cosmogonie de Laplace, par exemple, répond très bien à la science du dernier siècle, qui a eu pour objectif principal de pousser, jusqu'aux dernières conséquences, la théorie newtonienne de notre petit monde solaire, abstraction faite du reste de l'univers. Tout le monde a été séduit par cette hypothèse, habilement exposée dans un style à la fois noble et simple, avec l'autorité du grand géomètre dont l'œuvre capitale forme encore aujourd'hui le code de l'astronomie mathématique.

« Mais les idées du dernier siècle, en tout ce qui ne se rattache pas directement à la géométrie, ont été singulièrement bouleversées dans le cours du XIXe. Il n'en reste presque plus rien, ni pour la lumière, ni pour la chaleur. On n'en parle plus qu'avec une sorte de dédain et en exprimant la surprise que de telles conceptions aient régné plus d'un siècle. Des sciences entières ont été créées de toutes pièces sous nos yeux. Des moyens de recherche d'une singulière puissance ont été inventés et appliqués avec

le plus merveilleux succès. En astronomie même, de grands progrès ont changé la face de la science et la tournure de nos idées. Deux cent quarante petits planètes ont été découvertes entre les orbites de Mars et de Jupiter. Les satellites d'Uranus ont été complètement étudiés, et ceux de Mars ont montré récemment toute la puissance instrumentrale de notre époque : mais la nature des mouvements de ces six satellites a trompé l'attente de Laplace. On a reconnu le véritable mode de circulation des anneaux de Saturne : il ne répond pas à l'idée qu'on s'en faisait au siècle passé. La brillante découverte de Neptune et de son satellite ont doublé l'étendue du système solaire ; mais ce système, ainsi complété et étendu, ne ressemble plus guère à celui que Laplace se figurait et voulait expliquer. On a réussi à mesurer les distances des étoiles ; elles avaient défié tous les efforts du siècle précédent. Les orbites des étoiles doubles ont été observées et calculées : elles ont montré combien les autres mondes, même les plus simples, diffèrent du nôtre sous le rapport géométrique, en sorte qu'une hypothèse aussi restreinte que celle de Laplace leur serait absolument inapplicable.

« Les mouvements de translation de ces mondes qui peuplent l'univers ont été déterminés même, chose incroyable, dans la direction de notre rayon visuel. Celui qui emporte notre petit système vers la constellation d'Hercule a été découvert et mis hors de doute : c'est là un élément dont on ne pouvait tenir compte autrefois. Les nébuleuses de toute sorte, les étoiles et leurs amas si variés ont été passés en revue et classés d'après l'analyse de leur lumière. On a décuplé le nombre des comètes ordinaires qui, malgré l'excentricité excessive de leurs orbites, n'en font pas moins partie de notre monde. On s'est attaché à étudier leurs figures étonnantes, dont le XVIII[e] siècle s'est si peu occupé. Ces figures ont mis en évidence la force répulsive que le soleil exerce sur leurs matériaux : autrefois on ne se souciait guère d'être conduit à reconnaître que l'attraction newtonienne n'est pas la seule force que le géomètre doive considérer dans l'espace. On a rattaché aux comètes périodiques le phénomène naguère si mystérieux des étoiles filantes. On classe dans nos musées, sous le nom d'aérolithes qui rappelle une méprise des siècles précédents, on analyse dans les creusets de nos laboratoires de vrais matériaux cosmiques, des débris d'astres disparus qui permettent au chimiste de contrôler directement des résultats obtenus par la voie toute différente de l'analyse spectrale. Enfin on applique journellement, couramment cette étonnante analyse spectrale, la photographie et la thermodynamique à une étude dont la seule idée aurait paru absurde il y a soixante ans, celle de la constitution physico-chimique de notre soleil et de l'univers. Citons aussi les belles et grandes sciences toutes nouvelles de la géologie, de la paléontologie, du développement normal des êtres organisés, lesquelles réagissent plus ou moins directement sur les idées cosmologiques.

« Le moment était donc venu de reprendre ces idées sur des bases nouvelles et plus larges. Je l'ai essayé à la suite des hommes illustres dont je viens de citer les noms et dont j'ai réuni pieusement les témoignages. C'est à vous, messieurs, de juger si j'ai réussi à mettre à profit les matériaux de notre siècle. Dans quinze ans son œuvre sera close ; elle sera certainement plus admirée par nos successeurs que par les contemporains. »

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE L'ONYXIS SCROFULEUX. — Humbert.

Dans les cas simples et au début, le traitement de l'onyxis scrofuleux peut se borner à l'occlusion par les bandelettes du taffetas de Vigo. A un degré plus avancé, il est nécessaire d'arracher l'ongle et d'abraser, avec les fongosités, toute l'étendue du derme sous-unguéal. A l'intérieur, la médication anti-scrofuleuse, avec l'huile de foie de morue, l'iodure de potassium, le sirop d'iodure de fer. — N. G.

COURRIER

RÉORGANISATION DU COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE. — INSTITUTION D'UN COMITÉ DE DIRECTION DES SERVICES D'HYGIÈNE. — Le décret suivant vient d'être rendu, en date du 30 septembre, par le Président de la République, sur la proposition du ministre du commerce :

Art. 1er. — Le comité consultatif d'hygiène publique de France institué près du ministère du commerce est chargé de l'étude et de l'examen de toutes les questions qui lui sont renvoyées par le ministre, spécialement en ce qui concerne : la police sanitaire

maritime, les quarantaines et les services qui s'y rattachent; les mesures à prendre pour prévenir et combattre les épidémies et pour améliorer les conditions sanitaires des populations manufacturières et agricoles ; la propagation de la vaccine ; le régime des établissements d'eaux minérales et le moyen d'en rendre l'usage accessible aux malades pauvres ou peu aisés ; les titres des candidats aux places de médecins inspecteurs des eaux minérales ; l'institution et l'organisation des conseils et des commissions de salubrité ; la police médicale et pharmaceutique ; la salubrité des logements, manufactures, usines et ateliers ; le régime des eaux au point de vue de la salubrité. Le comité indique au ministre les questions à soumettre à l'Académie de médecine. Il est publié, chaque année, un recueil des travaux du comité et des actes de l'administration sanitaire.

Art. 2. — Le comité consultatif d'hygiène publique est composé de vingt-trois membres. Sont de droit membres du comité : 1° le directeur des affaires commerciales et consulaires des affaires étrangères ; 2° le président du conseil de santé militaire ; 3° l'inspecteur général, président du conseil supérieur de santé de la marine ; 4° le directeur général des douanes ; 5° le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique ; 6° le directeur du commerce intérieur au ministère du commerce ; 7° l'inspecteur général des services sanitaires ; 8° l'inspecteur général des écoles vétérinaires ; 9° l'architecte inspecteur des services extérieurs du ministère du commerce. Le ministre nomme les autres membres, dont huit au moins sont pris parmi les docteurs en médecine. En cas de vacance parmi les membres nommés par le ministre, la nomination est faite sur une liste de trois candidats, présentée par le comité.

Art. 3. — Le président et le vice-président, choisis parmi les membres du comité, sont nommés par le ministre.

Art. 4. — Un secrétaire ayant voix délibérative est attaché au comité. Il est nommé par le ministre. Un secrétaire-adjoint peut, si les besoins du service l'exigent, être attaché au comité ; il est également nommé par le ministre ; ses fonctions sont gratuites. Le chef du bureau de la police sanitaire et industrielle assiste, avec voix délibérative, à toutes les séances du comité et de ses commissions.

Art. 5. — Le ministre peut autoriser à assister aux séances du comité, avec voix consultative à titre temporaire, soit les fonctionnaires dépendant ou non de son administration, soit les docteurs en médecine ou toutes autres personnes dont la présence serait reconnue nécessaire pour les travaux du comité.

Art. 6. — Des auditeurs peuvent être attachés au comité avec voix consultative. Ils sont nommés par le ministre, sur les propositions du comité et pour une période de trois ans toujours renouvelable. Leurs fonctions sont gratuites.

Art. 7. — Le ministre peut nommer membres honoraires du comité les personnes qui en font partie.

Art. 8. — Le comité se réunit en séance au moins une fois par semaine. Il se subdivise, pour l'étude préparatoire des affaires, en commissions dont le nombre et la composition sont arrêtés par le président. Ces commissions se réunissent sur la convocation du président.

Art. 9. — Il est institué près du ministère du commerce un comité de direction des services de l'hygiène composé du président du comité consultatif d'hygiène publique, de l'inspecteur général des services sanitaires et du directeur du commerce intérieur. Le chef du bureau de la police sanitaire et industrielle assiste, avec voix consultative, aux séances de ce comité.

Art. 10. — Les membres du comité consultatif d'hygiène publique et du comité de direction des services de l'hygiène ont droit, pour chaque séance à laquelle ils assistent, à un jeton d'une valeur de 12 francs. Le secrétaire du comité consultatif d'hygiène publique ne reçoit pas de jetons de présence : il touche une indemnité annuelle, qui est fixée par arrêté du ministre.

Art. 11. — Sont rapportés les décrets susvisés du 23 octobre 1856, 5 novembre 1869, 15 février 1879, 7 et 14 octobre 1879 4 mars 1881 et 8 mars 1884.

Art. 12. — Le ministre du commerce est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Bulletin des lois*.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

N° 145 L'UNION MÉDICALE Dimanche 12 Octobre 1884.

Sommaire

Abcès chauds et pansement de Lister.

L'éloge du pansement listérien n'est plus à faire; mais on l'a tant modifié, altéré, simplifié, remplacé, soit pour faire mieux encore, soit pour faire autrement, qu'il n'est pas inutile de ramener l'attention de quelques médecins sur un de ses titres de gloire, la guérison des abcès phlegmoneux.

Sans doute, après l'avènement de la chirurgie antiseptique, il fallait s'attendre à voir quantité de chirurgiens varier les procédés de la méthode nouvelle, comparer les divers agents, marquer leurs préférences. Sans aller jusqu'à la tourbe et au verre pilé des Allemands, il était bien difficile de rester cantonné, pour tous les cas, dans la pure manœuvre listérienne; et plus d'un parmi nous a cédé à la tentation de suivre les novateurs ou d'innover pour son compte. Les succès de l'iodoforme et du sublimé, par exemple, ont démontré qu'avec l'infinie variété des lésions et des formes cliniques, il y a toujours quelque chose à trouver, et que les limites du progrès ne sont jamais atteintes. Mais, en dépit de ces diverses tentatives, il me semble que le pansement de Lister n'a pas perdu son rang; plusieurs y sont revenus, qui l'avaient abandonné; d'autres lui sont restés fidèles, accueillant les choses nouvelles à titre d'auxiliaires. Aux yeux de tous, ou peu s'en faut, nul traitement n'est plus sûr et plus constamment efficace. Que de chirurgiens nous avons vus dénigrer la méthode et s'en abstenir couramment, mais l'appeler à leur secours, sans apparat et sans bruit, dans les circonstances périlleuses!

A la nouvelle que le pansement de Lister guérissait rapidement les abcès, d'excellents esprits se hâtèrent de chercher autre chose. Il est sorti de cette tendance curieuse, mais naturelle, plusieurs manières de traiter les collections purulentes, qui certainement valent mieux que les anciens procédés. Mais on n'a rien trouvé au-dessus du pansement de Lister; aujourd'hui comme hier il fait merveille, quand on sait l'employer, contre les abcès phlegmoneux circonscrits.

On n'a pas toujours sous la main le protective, le makintosh et la gaze phéniquée; d'autres fois, c'est un pulvérisateur qui manque. Aussi a-t-on souvent employé, dans le traitement des abcès chauds, les pansements phéniqués simples, qui donnent aussi de bons résultats. Mais qu'on y prenne garde : la gaze ordinaire et le taffetas gommé n'abrègent la durée du mal et n'en simplifient la marche que si cette première infraction n'est pas suivie de plusieurs autres et si rien n'est changé d'ailleurs dans la direction du traitement, étendue de l'incision, maniement de l'injection phéniquée, mode de drainage, etc. En d'autres termes, le tissu qui forme les pièces du pansement n'a sans doute qu'une importance secondaire, mais la conduite à tenir repose sur un ensemble d'*idées directrices* qui veulent être comprises et respectées.

J'ai exposé brièvement et commenté ces idées il y a deux ans (*Union méd.*, 14 février 1882), dans un travail où figurent plusieurs observations d'abcès chauds de grandes dimensions guéris en moins d'une semaine. Aujourd'hui, je les résumerai en quelques mots, après avoir rapporté trois nouveaux faits qui peuvent servir de types, et que je publie comme exemples frappants des progrès que nous avons réalisés.

I. — Un *adéno-phlegmon* de la région épitrochléenne, consécutif à une écorchure du médius, n'a rien d'extraordinaire; mais celui-ci est inté-

ressant par son volume et par sa réunion immédiate. Louis Pavard, 28 ans, garçon épicier, souffrait depuis le 11 mai 1884; le 17, il entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Cloquet, n° 55. Le bras étant placé d'abord dans un bain permanent, j'ouvre l'abcès le 20 mai; c'est une grosse collection située à la partie inféro-interne du bras droit. Sous la pulvérisation phéniquée, après lavage de la région et des instruments, je fais une ponction étroite, suffisante pour y placer un tube; il coule environ 200 grammes de pus. Par des pressions douces, mais profondes et soutenues, je favorise l'issue du liquide, et je continue patiemment jusqu'à ce que le foyer me paraisse absolument vide. Je ne fais pas d'injection phéniquée; je place un tube debout, gros et court, en caoutchouc rouge, puis un large pansement de Lister.

Premier pansement le 21 mai; j'essuie doucement la région avec une éponge phéniquée, j'ôte le tube pour le nettoyer et je le remets en place; il a coulé dans la gaze un peu de sérosité noirâtre. Le 22, une bande de tarlatane est ajoutée pour mieux appliquer les pièces du pansement et empêcher l'accès de l'air. Deuxième pansement le 24; il n'y a pas trace de pus; j'enlève le tube. Le 27 mai, tout est comblé; il reste, au lieu de l'orifice, une petite surface vive sur laquelle j'applique un morceau de protective; le bras est entouré d'ouate, et le malade nous quitte. Inutile d'ajouter que l'apyrexie a été constante.

Ainsi, après l'évacuation du foyer, après l'issue d'un peu de sérosité sanguinolente pendant vingt-quatre heures, cette grosse collection s'est réunie d'emblée, sans donner une goutte de pus, en sept jours au maximum, en cinq probablement, car la réunion s'est achevée entre les deux derniers pansements (24 et 27 mai), et j'ai souvent observé qu'après l'ablation du tube, un jour suffit pour combler son trajet, dernier vestige du foyer primitif.

II. — Alexandrine Brémont, 24 ans, chemisière, accouchée pour la quatrième fois le 31 juillet 1884, dans le service de M. Porak à l'hôpital Saint-Louis, passe en chirurgie le 29 août, salle Denonvilliers, n° 57. L'accouchement n'a été suivi d'aucun accident immédiat; mais au bout de neuf jours est survenue une douleur vive de la jambe gauche, avec gonflement, œdème, sans engorgement ganglionnaire. On crut alors au début d'une phlegmatia alba dolens; la fièvre atteignit 40°; il n'y eut pas de frissons. Bientôt les accidents se limitèrent et prirent la forme d'un phlegmon circonscrit; aujourd'hui, le mollet gauche est le siège d'une grosse tumeur douloureuse, avec œdème, fluctuation profonde, rétraction du tendon d'Achille. La température oscille entre 38° et 39°.

Le 29, je fais une étroite incision au milieu de la tumeur, et avec la sonde cannelée introduite profondément, j'ouvre un *abcès fétide* d'où s'écoulent environ 300 grammes de pus. L'opération est faite sous la pulvérisation, avec les précautions d'usage; l'évacuation totale est assurée par des pressions soutenues. La fétidité extrême du liquide me décide à faire une injection phéniquée au vingtième, que je trouve ordinairement inutile, mais qui semble ici parfaitement indiquée. Tube debout, en caoutchouc rouge, long de 5 à 6 centimètres à cause des dimensions du foyer; large pansement de Lister.

Aussitôt la fièvre tombe, la tension et la douleur disparaissent ainsi que l'odeur fétide, sans aucune injection nouvelle. Pansements tous les deux jours; les premiers donnent quelques grammes de pus. Le tube, déjà raccourci, est enlevé le 6 septembre, et le dernier pansement reste en place jusqu'au 9; alors je constate l'oblitération absolue du foyer qui s'est faite en huit et onze jours (maximum).

III. — Le troisième fait est sans contredit le plus remarquable, car il s'agit d'un énorme *phlegmon sous-péritonéal* de la paroi abdominale anté-

rieure, tari en huit jours avec une extrême simplicité. Adèle Lecarron, 41 ans, entrée le 21 août 1884 à l'hôpital Saint-Louis, Salle Denonvilliers, nº 67, est une femme robuste, un peu grosse, sans maladies antérieures, ayant eu neuf grossesses. Elle est accouchée pour la dernière fois le 10 juin dernier, d'un enfant mort ; les suites de couches ont été bonnes, mais elle s'est levée au bout de huit jours, et depuis ce moment elle a toujours souffert dans le côté gauche du ventre ; une tuméfaction douloureuse s'y est peu à peu développée. Aujourd'hui, on trouve une saillie fluctuante, grosse comme les deux points réunis, un peu à gauche de la ligne médiane et n'occupant pas la fosse iliaque ; il s'agit, selon toute apparence d'un de ces abcès profonds de la paroi décrits par Dance, Bernutz, etc. La peau est rouge, tendue, et le pus semble assez près de l'extérieur ; la température est à 38°6, et la malade est dans un état de souffrance extrême. Au toucher, l'utérus est petit, mobile, les culs-de-sac libres et indolents.

Opération le 22 août, avec tous les soins réglementaires, lavages et pulvérisation. L'incision, faite à trois travers de doigt environ au-dessus de l'arcade fémorale a une longueur de 3 centimètres et traverse l'aponévrose abdominale. Un flot de pus s'échappe ; il coule jusqu'à un litre de liquide non fétide et de bonne apparence ; l'évacuation s'achève lentement, et par des pressions soutenues je la fais aussi complète que possible. Le doigt mis dans la plaie pénètre d'abord sous l'aponévrose dans une petite cavité anfractueuse, puis par un orifice profond sous la paroi de l'abdomen, dans un vaste foyer qui la sépare du péritoine. Ce foyer s'étend d'une part jusqu'à la ligne blanche, mais sur tout autre point il est impossible d'en attendre les limites. Je place deux gros tubes debout côte à côte, long d'une douzaine de centimètres, et, selon mon habitude, mais après quelque hésitation, je m'abstiens d'injection phéniquée.

Le calme absolu qui suivit l'évacuation de cet abcès monstre, l'apyrexie complète, la souplesse de la paroi, l'oblitération rapide du foyer me remplirent d'étonnement, malgré l'habitude que j'ai de voir les abcès guérir sous le pansement de Lister. Le lendemain 23 août, au premier pansement, je fais sortir par la pression à peine un demi-verre de pus ; le 25, au deuxième pansement, une cuillerée à café (ablation d'un drain) ; le 27, la plaie ne donne plus rien à la pression, mais la gaze est encore un peu souillée ; le tube qui reste est raccourci à 4 centimètres. Le 30, il n'y a plus ni foyer ni place pour le tube ; celui-ci est tombé dans les pièces de pansement, et l'orifice rétréci, auquel fait suite un simple cul-de-sac de deux centimètres, fournit encore un peu de liquide citrin. Le 1er septembre, c'est-à-dire le dixième jour, la petite surface vive qui remplace l'orifice est recouverte d'un morceau de diachylon.

Ici, la guérison a marché aussi régulièrement que dans les deux autres cas, et cependant les parois de ce vaste décollement péritonéal n'ont pas été modifiées par un topique ; elles se sont réunies presque immédiatement, sans la moindre injection phéniquée. J'ai pensé un instant à faire usage de la solution antiseptique, pour assurer l'évacuation totale ; mais j'ai craint d'aller contre le but et d'amener une irritation fâcheuse, à cause des dimensions de la cavité pathologique et de la difficulté que j'aurais eue à faire ressortir le liquide intégralement. Quoi qu'il en soit, il me paraît difficile de voir un phlegmon sous-péritonéal aussi grave se terminer plus vite et plus simplement.

Dans l'opération élémentaire qui consiste à ouvrir et à panser un abcès, comme je l'ai fait chez ces trois malades, tout est simple, mais tout est minutieusement calculé. Pour que la manœuvre soit correcte, il y a des choses qu'il faut faire, il y en a qu'il faut soigneusement éviter. Je ne m'arrête pas aux soins de propreté, au lavage des mains, des instruments et de la région malade ; je ne dis rien de la *pulvérisation*, dont l'efficacité

n'est pas certaine, mais que j'emploie toujours, quand je puis le faire. Passons en revue les principaux temps :

L'incision, faite au point le plus déclive, est toujours étroite, juste assez grande pour le libre écoulement du pus et le placement du drain ; inutile d'augmenter le traumatisme et les difficultés de la réunion. J'ai montré qu'une ouverture de 3 centimètres avait suffi à l'évacuation, au drainage et à l'adhésion rapide d'une collection qui renfermait un litre de pus. On ne doit faire une incision plus grande, pour la rétrécir ensuite par la suture, que si l'exploration de la cavité purulente est jugée nécessaire ; mais le cas est rare dans les abcès phlegmoneux.

Après l'incision, l'*évacuation totale*. Il taut laisser couler le pus, et le faire couler jusqu'à la fin par des pressions soutenues. S'il en reste une quantité notable, il n'y a plus d'adhésion rapide et la suppuration se prolonge.

Faut-il faire une *injection phéniquée ?* Non, dans les petits abcès ; dans les grands foyers, elle n'est utile que pour assurer l'évacuation totale et mettre ainsi les parois dans les meilleures conditions pour se réunir. Mais, si la cavité est irrégulière, il faut craindre que l'injection ne ressorte pas en totalité ; la stagnation du liquide peut devenir une cause d'irritation et de suppuration consécutive. Aussi ai-je l'habitude de m'en abstenir à peu près constamment, même dans les grands abcès, qu'on vide presque toujours facilement avec un peu de patience. L'observation du phlegmon sous-péritonéal montre bien que les plus vastes collections peuvent se passer d'injection phéniquée. Ce qu'il faut surtout bien comprendre, et ce qui nous a paru d'abord étonnant il y a quelques années, habitués que nous étions à voir la suppuration se prolonger plusieurs semaines et diminuer lentement, c'est qu'on n'a pas à modifier par un topique les parois des abcès chauds pour les tarir vite ; ces parois, soustraites au contact et à la tension du liquide qu'elles ont sécrété, sont disposées à ne plus rien produire et ne demandent qu'à se réunir immédiatement, pourvu qu'elles ne s'infectent pas et soient à l'abri des irritations extérieures. M. le professeur Gosselin, en traitant les abcès chauds par les injections d'alcool, n'a pas imaginé une modification du pansement de Lister, car celui-ci n'est pas constitué par l'injection phéniquée ; le phénol, dans l'espèce, n'est pas un topique, il est un milieu, une atmosphère au milieu de laquelle vit l'abcès pendant son évolution, et qui le tient à l'abri des injures du dehors.

Cela dit sur l'injection phéniquée, ou plutôt contre elle, je rappelle que, dans la seconde observation, j'y ai eu recours à cause de la fétidité primitive du pus. Ici, l'indication m'a paru formelle, et je me suis servi de la solution au vingtième ; je n'affirmerais pas que, sans cette précaution, la suppuration se fût tarie dans le temps réglementaire. Une seule injection a d'ailleurs suffi.

Le *drainage* obéit à des règles précises. Le tube en caoutchouc est commode et inoffensif ; il doit être large et surtout relativement court, de manière à canaliser l'ouverture sans toucher au fond ni l'empêcher de se réunir. Si la forme, le siège de l'abcès font craindre que les liquides ne s'écoulent difficilement, on fera les contre-ouvertures nécessaires, mais toujours on y mettra un tube debout, car le drainage n'a d'autre but que d'assurer l'issue des liquides, et nullement de servir à l'irrigation ; aussi doit-il respecter absolument l'ensemble du foyer, seul moyen de laisser les parois se mettre au contact et s'unir d'elles-mêmes ou par l'influence d'une compression modérée. Les jours suivants, quelquefois au deuxième pansement, le tube est raccourci, puis enlevé autant que possible au troisième ou quatrième ; alors, la cavité est réduite au trajet occupé par le tube, et du jour au lendemain elle achève de se combler. L'abcès s'est réuni par première intention, ou peu s'en faut.

Il suit de ce qui précède que le chirurgien doit résister à la tentation de placer un tube en anse d'après les vieux errements, c'est-à-dire un corps

étranger permanent qui empêche l'adhésion, et oublier du même coup les injections détersives qui ont la prétention d'entraîner le pus et de modifier la paroi. Nous avons déjà dit qu'elles n'ont rien à entraîner, rien à modifier; elles ne réussissent qu'à entretenir la suppuration.

La solution phéniquée est une arme à deux tranchants ; elle calme et tarit, mais aussi elle irrite et fait suppurer; la manier avec réserve, s'arrêter juste à point, c'est l'essentiel dans tous les pansements de Lister, et j'en donne pour exemple la guérison rapide des abcès phlegmoneux par l'*abstention dans une atmosphère antiseptique.*

Cette formule résume ce que j'ai dit en commençant, à savoir que la méthode listérienne appliquée au traitement des abcès chauds, toute simple qu'elle est, repose sur des principes dont l'analyse n'est pas indifférente. Ainsi présentée et bien comprise, je la crois, aujourd'hui comme à son entrée en France, et après les travaux de ces dernières années, la meilleure de toutes et la plus digne d'être suivie.

L.-G. RICHELOT.

BIBLIOTHÈQUE

OU FAUT-IL PASSER SES HIVERS ? par M. le docteur WARLOMONT, Bruxelles, Henry Kistemaeckers, 1884.

Le problème posé par M. Warlomont est un des plus difficiles à résoudre en climatologie. L'idéal cherché par tous ceux qui émigrent des pays froids ver le midi pendant les mois d'hiver, serait de trouver un printemps perpétuel. Le savant médecin de Bruxelles, comme M. Fonssagrives, est d'avis qu'en cette matière comme en toutes choses la perfection n'est pas de ce monde. En 1884, aux inconvénients reconnus de toutes les stations hivernales s'en est ajouté une autre, l'invasion du choléra dans le midi. Où aller maintenant ?

M. Warlomont, après avoir examiné dans son livre les avantages et les inconvénients des émigrations hivernales, les personnes auxquelles peuvent être salutaires les émigrations périodiques dans les pays chauds, les qualités que doit offrir un climat pour être propre aux stations hivernales, et toutes les conditions extérieures : température, pluie, rosée, vents, etc., qu'il doit réunir, se prononce en faveur de San Remo. Or, par une coïncidence heureuse qu'il n'est pas inutile de rappeler, San Remo fait partie du littoral méditerranéen que le choléra a épargné, et on peut y avoir accès par la région française désormais indemne, sans avoir à traverser aucune des parties de l'Italie envahies par le fléau. Cette inconstance vient donc appuyer encore la prédilection de M. Warlomont pour San Remo. Mais il ne faut pas oublier non plus, et notre qualité de Français nous en fait un devoir, que la partie du littoral méditerranéen qui a été ou qui est actuellement épargnée par le choléra, s'étend de San Remo à Hyères, et que Menton, Cannes et Nice, qui s'y trouvent comprises, n'ont rien à craindre du fléau, comme l'a affirmé une déclaration récente du corps consulaire de ces villes, publiée par tous les journaux.

Quoi qu'il en soit, le petit livre de M. Warlomont est une sorte de consultation donnée par un médecin instruit, éclairé par une longue expérience, aux gens du monde en quête d'une station de refuge hivernale et aux médecins interrogés par leurs clients à ce sujet. L'auteur préfère San Remo, comme Sardou Nice, Alphonse Karr St Raphaël, parce que ses malades et lui-même se sont trouvés mieux là que partout ailleurs ; il a comparé les autres stations hivernales à sa préférée, au point de vue sanitaire et agréable, et a composé, avec infiniment d'esprit et beaucoup de bonnes raisons, un plaidoyer dont nous sommes heureux de recommander l'étude à nos lecteurs.

L.-H. PETIT.

RECHERCHES HISTORIQUES, ETHNOGRAPHIQUES ET MÉDICO-LÉGALES SUR L'AVORTEMENT CRIMINEL, par le docteur Léon GALLIOT. — Paris, 1884 ; O. Doin.

Le laboratoire de médecine légale de la Faculté de Lyon possède une cohorte de jeunes médecins auxquels M. Lacassagne sait, par l'exemple, inspirer une ardente activité

scientifique. On en juge par les nombreux travaux originaux que publient ses élèves depuis quelque temps.

La thèse de M. Galliot est de ceux-ci et restera comme l'un des plus complets ouvrages sur la question de l'avortement. C'est dans la famille et dans la société, dans le passé et dans le présent que l'auteur l'étudie à nouveau. Il cherche l'origine de ces pratiques dans l'évolution historique de l'idée de famille : l'hétaïrisme, le matriarcat, le patriarcat ; dans l'évolution de l'idée religieuse, c'est-à-dire dans les sociétés fétichistes, polythéistes et monothéistes. Enfin ces considérations sur les mœurs du passé et des peuples contemporains des diverses parties du globe terrestre, se terminent par l'étude de l'avortement criminel en France depuis 1789.

Les résultats statistiques montrent à la fois l'impuissance de la police contre ces pratiques et leur développement considérable à notre époque. Cette industrie est une des conséquences de la loi boiteuse de ventôse sur l'exercice de la médecine, de sa grande tolérance à l'égard des sages-femmes dont beaucoup sont les agents de ces crimes, enfin de l'absence de surveillance de la police à l'égard des maisons dites d'accouchement, « puisqu'il est notoire que dans bien des cas l'intérêt et la moralité publique y sont lésés ».

La thèse de M. Galliot touche donc à des questions sociales et médicales. Elle intéresse le légiste, le démographe et les hommes politiques chargés des intérêts généraux du pays. — C. L. D.

REVUE DES JOURNAUX

Journaux italiens.

Altération de la veine cave ascendante compliquant la cirrhose hépathique primitive et la cirrhose cardiaque. — Contribution à la physio-pathologie de la veine cave ascendante, par M. le professeur A. de Giovanni, directeur de la clinique médicale de Padoue. — La clinique a fourni au savant maître les éléments nécessaires de cette étude. Trois observations suivies d'autopsies ont été recueillies à cet effet avec un très grand soin. Dans la première, on trouve une femme âgée de 30 ans ayant fait depuis longtemps de nombreux excès alcooliques, ayant de la dyspepsie, de l'œdème des extrémités et de l'ascite. Admise à l'hôpital dans ces conditions, on découvre une cirrhose hépatique à laquelle la malade finit par succomber. La nécropsie confirme le diagnostic et montre en outre une inflammation de la veine cave ascendante et une néphrite parenchymateuse. L'altération de cette veine consistait dans la présence d'un tissu fibrillaire de nouvelle formation qui donnait au vaisseau un aspect blanchâtre que l'on ne trouve jamais à l'état normal. De plus, le calibre de l'organe était augmenté et il existait une notable dilatation qui, jointe aux altérations précitées, confirmait le diagnostic d'*angiite* porté par le professeur.

Le second cas nous montre l'influence de la malaria et des abus de boissons, puis celle des pertes hémorrhoïdaires graves sur le développement de la maladie hépatique. Nous y voyons un homme de 51 ans ayant les mêmes symptômes que précédemment et aussi de l'œdème des extrémités, de l'ascite, etc. L'autopsie révèle la cirrhose du foie et l'inflammation de la veine cave, à laquelle participait la veine rénale droite.

Le malade qui fait l'objet de la troisième note est un homme de 63 ans qui, également, avait fait de nombreux abus alcooliques. A son entrée à l'hôpital, il présentait le cortège des symptômes déjà notés, et toujours l'œdème des extrémités et des membres inférieurs que M. de Giovanni considère comme pathognomoniques de l'inflammation de la veine cave. La maladie se termina cette fois encore par la mort, et l'autopsie, outre la cirrhose du foie, montra nettement tous les signes de l'endophlébite. (*Rivista clinica.* Août 1884.)

Recherches expérimentales sur l'action biologique de la naphthaline, par M. le professeur Balthazar Testa. — Voici les conclusions de ce travail :

1° La naphthaline a une action locale et générale à peu près inoffensive.

2° Cette substance n'est pas capable de déterminer l'albuminurie, à moins que, ce qui est très rare, il n'y ait une altération dans les travaux chimiques de la nutrition par des maladies de peau plus ou moins étendues.

3° La naphthaline ralentit l'échange matériel organique par lequel diminue la quantité d'urée émise en vingt-quatre heures.

4° Elle n'a aucune action sur la température normale.

5° Elle abaisse la température fébrile de quelques degrés jusqu'à la normale; mais cet abaissement est passager.

6° Enfin, absorbée en partie par l'estomac, une autre partie passe dans les intestins et se mêle aux fèces, ce qui offre un avantage à considérer dans le traitement de la fièvre typhoïde, car on peut espérer ainsi un abaissement de température et une action antiseptique sur les produits sécrétés par l'intestin, et aussi une action véritable sur l'auto-infection qui en peut résulter. (*Rivista clinica.* Août.)

De l'iodoforme dans la goutte, du même auteur. — Le même auteur a expérimenté, dans la goutte, l'usage de l'iodoforme et s'en est montré satisfait. Cette substance agirait en augmentant la production de l'urée et en faisant diminuer, par contre, celle de l'acide urique. Moleschott, qui le premier a attiré l'attention sur cet agent thérapeutique dans le traitement de la goutte et des affections arthritiques, avait du reste signalé ce mode d'action depuis longtemps. (*Gazzetta medica italiana.* Provincie venete, n° 22.)

De la peptonurie, par M. le docteur Grocco Pietro, agrégé à l'Université de Pavie. (*Annali universali di medicina e chirurgia.* Août 1884.) — Dans un précédent mémoire paru dans le même journal italien (novembre 1883, vol. CCLXV), l'auteur appelait l'attention des médecins sur la fréquence des peptones dans l'urine dans un grand nombre de maladies de nature et de causes diverses, tant médicales que chirurgicales.

Reprenant pour son propre compte les travaux faits sur le même sujet par Hofmeister, Meixner, Jaksch et Pochi, M. le docteur Grocco a résumé ses vues sur la peptonurie dans les propositions suivantes :

1° La peptonurie est toujours un fait morbide et une forme clinique tout à fait indépendante de l'albuminurie.

2° Elle est un symptôme aussi bien d'une affection locale que générale, infectieuse ou non.

3° Parmi les maladies générales peptogéniques, il faut citer l'infection paludéenne, la fièvre typhoïde, le scorbut, le *purpura hemorrhagica*, la septicémie et l'empoisonnement aigu par le phosphore, etc.

4° Les processus morbides locaux qui donnent la peptonurie sont presque exclusivement de nature inflammatoire avec tendance à la suppuration.

5° Parmi les processus inflammatoires locaux, il faut citer spécialement les néphrites aiguës et subaiguës.

6° Il peut être constaté de la peptonurie dans de très rares circonstances pathologiques où l'on observe un rapide développement de quelque néoplasme de forme maligne.

7° Dans les processus locaux, il est vraisemblable d'admettre que les peptones se forment au lieu même du mal, passent ensuite dans le sang et du sang dans les urines. Pour les maladies générales, la genèse de la peptonurie est encore inconnue.

8° La peptonurie ne peut être invoquée comme signe différentiel entre un exsudat simple et un exsudat purulent.

9° Au contraire, elle a une importance capitale pour conclure qu'il s'agit avec toute vraisemblance d'une forme inflammatoire, et probablement suppurative, dans les cas de maladie locale où ne se rencontre aucun autre signe diagnostique.

10° Quoique fréquente dans la période de résolution de la pneumonie, la peptonurie n'est pourtant pas constante, et on peut la constater avant cette période ou dans le cours de l'hépatisation grise.

11° Dans les inflammations pleurales, la peptonurie n'a pas de valeur pratique pour la thérapeutique. Millot-Carpentier.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE REIMS PENDANT LE PREMIER TRIMESTRE DE L'ANNÉE 1884

Mieux vaut tard que jamais, au témoignage du proverbe ; c'est seulement le 15 septembre que le procès-verbal des séances du premier trimestre de l'année actuelle a été complété dans l'*Union médicale du Nord-Est*, organe officiel de cette Société.

Et cependant, si la publication en est un peu tardive, ces procès-verbaux ne manquent pas d'intérêt, ni les membres de ce corps savant d'une laborieuse émulation.

En effet, la première séance de l'année s'ouvre par une présentation de M. ROBIN. Il s'agit d'un nouveau-né, atteint *d'un arrêt de développement des membres supérieurs* caractérisé par une subluxation de l'épaule droite, une luxation de l'épaule gauche, une ankylose du coude, l'absence d'un des radius, un humérus en raccourci, enfin par une déviation de la main en dehors, véritable *main-bote radiale type*, selon la remarque incidente de M. GUELLIOT. Les os de la rangée externe du carpe manquaient ; malformation en rapport avec l'opinion de Huguier et de Davaine, pour qui le pouce se développe avec le radius. S'il manque, il y a en même temps absence de trapèze, de scaphoïde et de radius.

Cette question d'embryogénie est épuisée. L'infatigable directeur du bureau d'hygiène, qui est aussi un actif praticien, M. Langlet, prend alors la parole et présente un sergent de ville, porteur d'une fracture rotulienne avec écartement des fragments mesurant quatre travers de doigt. Malgré cette vicieuse consolidation, ce blessé a conservé les mouvements de progression. Il marche et remplit son service sans difficulté, quand le genou est entouré d'une simple bande. Voilà donc une observation qui légitime les réserves récentes de MM. Verneuil, Le Fort et Richelot devant la Société de chirurgie, sur l'opportunité d'une suture hâtive et primitive des fragments rotuliens, même sous le pansement de Lister!

Le même observateur donne encore lecture, dans cette séance, d'une note sur les *injections sous-cutanées de sang*, pour combattre les anémies graves progressives. A défaut d'avantages, ce moyen n'a d'autre inconvénient que de produire des abcès ; il peut donc être mis à l'essai. Par contre, comme l'objecte M. DÉCES, l'absorption du sang doit être lente dans ces conditions et de plus, selon la remarque de M. PERCHERON, il y aurait peut-être avantage à défibriner le sang avant l'injection. Conséquemment, la cause des injections sous-cutanées hématiques n'a pas encore été gagnée devant la Société médicale de Reims.

Un autre débat provoqué par M. Ad. HENROT avait pour objet le *rhumatisme plantaire*. Cet habile clinicien a eu, dit-il, l'occasion de l'observer une quinzaine de fois, chez des cuisinières exemptes de tout antécédent rhumatismal, mais dont les pieds étaient refroidis par le séjour permanent sur le dallage froid des cuisines. Cette explication pathogénique n'est pas celle de M. Déces ; dans ce cas, à son avis, il faut voir plutôt des arthrites du tarse et des tarsalagies analogues à celles des ouvriers de filature ou des teinturiers.

Mais cette étiologie exclusive ne satisfait pas M. Guelliot. A côté du froid, cause pathogène souvent vraisemblable, il invoque la forme des chaussures sans talons et l'exemple de la tarsalgie des garçons de café. Après cette indirecte réhabilitation des talons de la chaussure, on pouvait croire à l'épuisement des interprétations pathogéniques ; il n'en était rien, et M. LUTON a voulu, à son tour, comparer cette affection douloureuse aux sciatiques des vignerons qui ont l'habitude de s'asseoir sur la terre humide et froide.

A côté de ces épisodes auxquels les membres de la Société ont su donner de l'intérêt, il y a encore place, on le voit sans peine, pour d'autres hypothèses ; de sorte que la pathogénie de la tarsalgie n'a pas été résolue, à Reims en 1884, plus que dans les livres classiques d'hier ou d'aujourd'hui.

Le 19 mars, le rhumatisme était de nouveau mis à l'ordre du jour par une note de M. Meunier sur l'usage *externe de l'acétate d'ammoniaque*, contre le rhumatisme articulaire aigu. Il aurait pu, a-t-il dit, par cette médication produire la sudation, obtenir de bons effets dans des cas où les autres moyens externes échouaient et atténuer l'arthralgie.

Dans cette même séance, M. LUTON a exposé des remarques de réelle utilité diagnostique, à propos du *pseudo-tympanisme de l'ascite*. Il le compare, avec quelque raison, au phénomène semblable qu'on observe dans les cas d'épanchements pleuraux. Il serait dû à la résistance des parois abdominales, et à la compression du liquide ascitique devenant ainsi meilleur conducteur du son.

Ces remarques ont été confirmées par les observations de MM. Guelliot, Henrot et Gentilhomme. Il y a donc lieu d'en tenir compte dans le diagnostic douteux des tumeurs abdominales et de lever alors les hésitations par une ponction capillaire exploratrice de l'abdomen.

En terminant, je signalerai encore la note de M. FISELBRAND sur un *kyste de la prostate ;* celles de M. BRACON sur un cas d'*hystérie chez l'homme* et sur l'*éclampsie puerpérale* traitée par le chloral ; enfin les présentations, par M. DELACROIX, d'un enfant atteint de *nævus* et d'un homme en puissance d'*ecchymoses multiples*. — La Société médicale de Reims possède donc à l'actif du premier trimestre de l'année d'intéressants travaux et d'instructifs débats, manifestations d'une vitalité qui lui conservent son rang si élevé parmi les corps savants des départements. — Ch. ELOY.

THÉRAPEUTIQUE

Contribution à l'étude du traitement des Dyspepsies par la médication chlorhydro-pepsique.

L'article que le docteur Robert a publié, sous ce titre, dans ces derniers temps, résume trop bien les résultats cliniques de l'emploi de cette médication dans les dyspepsies, pour que nous résistions au désir de le reproduire, quoiqu'il s'agisse d'un sujet bien connu de la plupart de nos lecteurs.

Introduite depuis peu dans la thérapeutique, dit le docteur Robert, la médication chlorhydro-pepsique a pris rapidement un rang important dans le traitement des dyspepsies. On sait que dans cet état pathologique si fréquent, la digestion est laborieuse, incomplète, souvent douloureuse et que toujours l'aptitude fonctionnelle de l'estomac est affaiblie. Cette aptitude à digérer repose sur deux facteurs essentiels, les ferments digestifs et l'activité de la tunique musculaire de l'estomac. Que ces éléments essentiels viennent à manquer ou à diminuer et aussitôt la digestion est troublée; c'est la dyspepsie.

Partant de ces données cliniques, M. Grez, s'appuyant sur les découvertes physiologiques, a institué la médication chlorhydro-pepsique, dont le principal actif, la pepsine chlorhydrique, supplée à l'insuffisance du suc gastrique, tandis que les amers qui lui sont associés stimulent la vitalité de tout l'appareil digestif.

L'expérience clinique est venue démontrer la puissance thérapeutique de cette médication, et il nous suffira de rappeler les résultats si remarquables obtenus, avec ce traitement des dyspepsies, par MM. Archambault, Bouchut, Fremy (de l'Hôtel-Dieu), Gubler, Gillette, Huchard, Lucas-Championnière, Troisier, etc., etc.

Les expérimentateurs ont donné la préférence à la forme liquide et cette préférence est justifiée, car c'est en solution que la pepsine-chlorhydrique possède la plus grande action. L'élixir chlorhydro-pepsique, contenant 50 centigrammes de pepsine par cuillerée à bouche, se donne à la dose d'un verre de liqueur aux adultes et une cuillerée à dessert aux enfants.

Les quelques observations qui suivent suffiront pour mettre hors de doute l'action si remarquable de cette préparation.

« L'élixir chlorhydro-pepsique Grez, que j'ai souvent employé, dit M. le docteur Cheron, m'a toujours donné les meilleurs résultats, même dans les vomissements de la grossesse. »

Deux observations de MM. Letort de Bierné et Girard viennent confirmer les résultats du savant médecin de Saint-Lazare. Deux jeunes femmes enceintes, atteintes de vomissements que rien ne pouvait arrêter, ont vu les vomissements cesser et leur état général s'améliorer, grâce à l'emploi de l'élixir chlorhydro-pepsique.

« L'élixir Grez, que j'ai souvent employé, écrit M. le docteur Bergot de Lesneven, m'a donné de merveilleux résultats, et les nombreux cas de guérison que j'ai constatés attestent l'excellence de cette préparation. »

« Les résultats que m'a donnés la médication chlorhydro-pepsique, chez deux malades dyspeptiques, dit M. le docteur Gorlier, sont aussi prompts que satisfaisants; chez un autre malade, dans un cas d'altération organique de l'estomac, j'ai obtenu un soulagement très sensible. Je crois cette médication appelée à un véritable succès dans le traitement des dyspepsies. »

Une observation particulièrement intéressante a été communiquée par M. le docteur Fauny, de Cerisy-la-Forêt.

Une malade, âgée de 43 ans, souffrait depuis deux ans d'une dyspepsie flatulente et en était arrivée à un degré intense d'émaciation. Cette femme, chez laquelle tous les traitements n'avaient produit aucun soulagement et qui vomissait tout ce qu'elle prenait, peut aujourd'hui, grâce à l'élixir chlorhydro-pepsique, prendre des aliments et les digérer. Elle ne vomit plus, et la douleur insupportable qu'elle éprouvait au creux épigastrique, a disparu; le résultat obtenu est donc considérable.

Chez les enfants atteints de troubles gastro-intestinaux, de lientérie même, les résultats ont dépassé les espérances des expérimentateurs. A l'hôpital des Enfants, dans les services de MM. Archambault et Bouchut, un grand nombre d'enfants ont été guéris, grâce à ce traitement; la durée moyenne du traitement n'a pas dépassé huit jours.

« L'élixir chlorhydro-pepsique m'a permis, dit M. le docteur Courtois, de combattre facilement les troubles digestifs et l'anorexie souvent si rebelle chez les enfants. L'administration si facile du médicament, son action rapide, en font le traitement par excellence de ces maladies de l'enfance. »

Un malade atteint de diarrhée incoercible, auquel M. le docteur Chatelain, de Nancy, a prescrit l'élixir chlorhydro-pepsique, après avoir inutilement tout essayé, a été rapidement guéri, grâce à cette médication, dont les effets dans ce cas particulier ont été merveilleux.

J'arrête cette liste de citations déjà longue, et je termine en disant avec l'un des expérimentateurs, le docteur Turries, que cette préparation constitue, dans l'état actuel de la science, le traitement le plus efficace des dyspepsies.

HYDROLOGIE MÉDICALE

Les « Délicieuses » de Vals.

Ces sources, qui ont conquis si rapidement la faveur du public médical, présentent ceci de particulier, qu'elles constituent, pour ainsi dire, la gamme complète des eaux bicarbonatées sodiques. Elles sont divisées en numéros 1, 3, 6, 8.

Mais nous pouvons, cliniquement, les grouper en *fortes* (au-dessus de 4 gr.), *moyennes* (entre 2 et 4), *faibles* (au-dessous de 2). La variété, l'inégalité de la répartition minérale, provient de ce que les forages sont pratiqués à des profondeurs faibles, mais échelonnées régulièrement, dans les failles du sous-sol rocheux de quartz feldspathique, qui est (comme on sait) la caractéristique du massif du Vivarais.

Les *Délicieuses* se présentent sous l'aspect d'un liquide incolore, transparent, limpide, pétillant et mousseux, d'une saveur fraîche et piquante. Leur teneur élevée en acide carbonique fait que ces eaux se prêtent à merveille à l'embouteillage et au transport, et les place au premier rang des eaux hygiéniques et médicinales. Comme usage hygiénique, elles stimulent la digestion, donnent au tube digestif une sensation particulière de bien-être : elles sont, en un mot, à la fois apéritives et détersives.

Quant à leur action médicinale, elle est, selon l'expression de Durand-Fardel, intimement, essentiellement *moléculaire*, et elle aboutit finalement à deux buts : la reconstitution, la résolution. Trousseau n'a-t-il pas dit : « Le degré d'importance des alcalins est tel, qu'on peut avancer qu'ils sont aussi nécessaires à l'accomplissement de certaines fonctions que l'oxygène à la respiration? » Et Marchal (de Calvi) : « L'humanité tourne à l'aigre : la grande diathèse contemporaine, c'est l'*acidisme.* »

Cette action intime des eaux alcalines n'est, d'ailleurs, pas une action mystérieuse. Les alcalins agissent en diminuant la plasticité du sang et en activant et facilitant les actions sécrétoires : la sécrétion gastro-intestinale, la fonction biliaire et la filtration rénale. Ils régularisent les digestions, les évacuations alvines et les sueurs, déblaient le foie et lessivent les voies urinaires. L'acide carbonique, accessoirement, vient, dans les *Délicieuses*, remonter l'asthénie digestive, en même temps qu'il manifeste son action *sédative* générale. De plus, n'est-il pas, comme on l'a dit, le *passeport du fer* et des autres *sels* capables d'enrayer la débilité générale et de combattre avec succès l'anémie et le lymphatisme? Combien il est précieux de posséder des eaux qui soient ainsi altérantes sans débilitation! C'est le fait des *Délicieuses*, qui, à cause de leur graduation, *habilement réalisée par la chimie de la Nature*, ménagent la susceptibilité de l'économie et, insensiblement, modifient tout son mécanisme fonctionnel. C'est ainsi que les *Délicieuses* 6, 8 dégagent le système veineux abdominal obstrué et guérissent les engorgements hémorrhoïdaires causés par la pléthore veineuse hépatique; tout cela, sans que le globule sanguin soit altéré. La preuve, c'est que la même source (j'en puis rapporter plusieurs observations) guérit les engorgements spléno-hépatiques *avec cachexie*, liés à la toxémie palustre, et est également souveraine dans la chloro-anémie rebelle. Est-ce par le fer seulement que cette action est obtenue? Non; c'est plutôt par l'ensemble de la composition de ces eaux, dont l'action est essentiellement *une action d'équilibre entre l'assimilation et la désassimilation*. Or, ces deux fonctions ne constituent-elles point ce « tourbillon incessant » dont parlait Cuvier, et qui est vraiment la caractéristique de la vie, la source originelle de la santé?...

Il nous reste peu d'espace pour indiquer toutes les applications cliniques des *Délicieuses*. Boissons tempérantes dans les maladies aiguës, excitantes dans l'anorexie, elles ont (on peut le dire) une action élective sur le tube digestif. Amies de l'estomac, elles calment les vomissements gravidiques, le pyrosis, les gastralgies, le vertige stomacal, la dyspepsie des anémiques, des convalescents, des utérines, des arthritiques, des cirrhotiques, des goutteux, etc. Elles luttent contre les troubles fonctionnels de la chylopoïèse dans les dysentéries, la diarrhée de Cochinchine, le diabète lié à l'arthritisme. Elles guérissent la dysurie, la blennorrhagie, la gravelle, la cystite aiguë; elles

enrayent les états catarrhaux et améliorent les dermatoses qui (comme l'urticaire, la couperose et certains eczémas) sont intimement liés à des états pathologiques de la fonction digestive. Nous avons, enfin, constaté les bons effets des *Délicieuses* 3 et 6 dans certaines de ces formes d'albuminuries dont Gigot-Suard et Roubaud ont démontré la nature manifestement uricémique. Dr Pol. Vernon.

P. S. — Comme je n'ai pu sortir aujourd'hui des généralités, j'espère avoir l'occasion (abusant de l'aimable hospitalité de l'*Union médicale*) de revenir bientôt sur certains détails intéressants.

VARIÉTÉS

LES RAVAGES DES SERPENTS VENIMEUX

L'autre jour, au Congrès de la Haye, M. Rochard évaluait magistralement la dîme que es grandes maladies prélèvent chaque année sur les populations européennes. Eh bien; d'après les documents que publie M. Urueta dans sa thèse inaugurale, le fléau des serpents venimeux n'est pas moins redoutable dans les contrées tropicales de l'Asie, de l'Afrique et de l'Amérique.

Voici une anecdote qui témoigne de la dangereuse familiarité de ces redoutables hôtes de la maison et du jardin du planteur :

« Il s'agissait d'un bal champêtre, écrit M. Urueta, et nous étions du nombre des invi-« tés; tout à coup, entre deux danses, un énorme reptile, abandonnant le toit de « chaume, tombe au milieu de la salle : c'etait un *mapana*, appartenant au genre « bothrops. ...Heureusement, il n'y eut aucune victime et chacun put gagner la porte. »

La statistique du gouvernement des Indes pour l'année 1880 estime à 19,060 les victimes qui ont succombé à la morsure du cobra. En 1881, cette dîme était de 18,610 décédés. — Il en est relativement de même aux Etats-Unis de Colombie, au Brésil, au Venezuela, en Australie et en Afrique. M. Fayrier évalue de 150,000 à 200,000 le nombre d'individus qui, depuis 1870, ont ainsi péri aux Indes. Aussi au lieu de s'attarder à la recherche d'antidotes jusqu'ici introuvables, l'administration des Indes a trouvé plus pratique de mettre à prix la tête de ces reptiles. En 1880, on a détruit 212,776 serpents et dépensé 11,663 roupies, et en 1881, 254,966 reptiles au prix de 11,961 roupies, soit environ 300,000 fr.

Au Bengale, une prime est accordée à tout indigène qui tue un serpent, et des lithographies coloriées facilitent aux agents de la police ou du service sanitaire la reconnaissance rapide de l'espèce. Dans l'Oude se sont formés des corps de *kanjars*, caste dont la profession est la chasse aux serpents. Ils reçoivent une solde de 2 roupies par mois et une prime de 30 centimes pour chaque ophidien tué, au-dessus du nombre de vingt par mois. Enfin, le commissaire du Burmah alloue des récompenses de 10 à 20 roupies aux villages dont les habitants sont les plus ardents à la chasse aux serpents.

En Colombie, à côté de deux oiseaux, le calabrero et le guacabo, le porc et le chat sont les grands destructeurs d'ophidiens. Cependant ils ne sont doués ni l'un ni l'autre d'immunité contre leur venin. Mais la couche de tissu adipeux du premier le protège contre les effets des piqûres. Quant au second, M. Urueta rapporte le fait suivant dont il a été témoin. Un chat de la maison s'attaquait aux serpents et leur mangeait la tête et la queue, laissant leur cadavre bien en évidence sur une sorte de fourche en bois placée dans le jardin. Un jour il fut mordu, mais ne succomba pas. Les accidents se bornèrent à une plaie qui suppura longtemps avant de guérir. — C. L. D.

FORMULAIRE

Pansement des ulcères. — E. Vidal.

On lave l'ulcère avec une décoction de feuilles de noyer, on le couvre d'une couche plus ou moins épaisse de sous-carbonate de fer, et on dispose par-dessus cette dernière, un cataplasme de fécule, maintenu à l'aide d'un bandage roulé. La guérison est complète au bout de dix, vingt ou quarante jours au plus tard. — Le sous-carbonate de fer exerce sur l'ulcère une action à la fois siccative et excitante. Il réveille la vitalité des ulcères à aspect blafard et à secrétion ichoreuse, et les fait marcher rapidement vers la guérison. Le galvanomètre accuse un dégagement considérable d'électricité, qui explique, selon l'auteur, l'action principale du sous-carbonate de fer. — N. G.

COURRIER

Direction de l'enseignement supérieur. — Par décret en date du 28 septembre 1884, le Président de la République, sur la proposition du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, a nommé M. Liard, recteur de l'Académie de Caen, directeur de l'enseignement supérieur, en remplacement de M. Albert Dumont, décédé.

— Par décret, en date du 22 septembre, des médailles d'honneur (médailles d'or de première classe) sont décernées aux étudiants en médecine ci-après désignés, qui ont rivalisé de courage et de dévouement pendant l'épidémie cholérique dans le département de l'Ardèche :

MM. François Leclercq, interne des hôpitaux de Lyon, chargé du service médical à Ruoms ;

Georges Perrusset, interne des hôpitaux de Lyon, chargé du service médical à Lavilledieu ;

Merley (Pierre Antoine), étudiant en médecine, chargé du service médical à Saint-Pons.

Projet de lazaret au Havre. — MM. les docteurs Brouardel et Proust, accompagnés de M. Nicolas, directeur du commerce intérieur au ministère du commerce, se sont rendus au Havre pour y étudier l'emplacement du lazaret projeté à l'entrée de la Seine. Le choix de l'emplacement présente des difficultés. On avait pensé d'abord au cap de la Hève ; mais le cap, presque partout taillé à pic, est sujet, comme Sainte-Adresse, à des éboulements.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs

Sommaire

De la curabilité de l'artérite syphilitique,

Par le docteur E. Leudet,

Directeur de l'Ecole de médecine de Rouen, associé national de l'Académie de médecine (1).

X..., âgé de 53 ans, d'une taille élevée, muscles développés, exerçant une profession qui nécessite une activité musculaire considérable, a joui antérieurement d'une bonne santé. Vers la fin de 1877, il a été atteint d'une blennorrhagie et d'une petite ulcération sans gravité du prépuce. Pour cette affection, X... consulta un médecin, et prit une liqueur et une tisane dont il a oublié le nom. La guérison fut rapide.

Le 1er mai 1878, X... me consulta pour un panaris sous-dermique sans gravité, ouvert par moi et qui ne présenta aucun caractère particulier. Le 11 du même mois, après la guérison du panaris, X... vint me consulter pour des douleurs dans les membres supérieurs et inférieurs, douleurs à recrudescence nocturne. Quelques jours après ces douleurs, apparition sur les membres supérieurs et inférieurs de taches nombreuses de psoriasis guttata, d'une couleur brunâtre, cuivreuse, sans prurit ; simultanément, douleur localisée dans la partie moyenne de la face interne du tibia gauche, avec sensibilité marquée à la pression et saillie légère limitée du périoste Céphalée diffuse. Pas de ganglions cervicaux supérieurs ni de pléiade inguinale (deux cuillerées à soupe de sirop de Gibert dans de la tisane de salsepareille). Amélioration rapide des douleurs dans les membres. Pendant le mois de juin, X... prend journellement 0 gr. 02 de bichlorure d'hydrargyre en pilules.

La disparition graduelle de la dermatose, la cessation des douleurs périphériques ou crâniennes lui font considérer la guérison comme absolue et, à la fin de juin, il supprime tout traitement.

La santé reste parfaite depuis juin 1878 jusqu'à la fin de janvier 1882.

De février à la fin de juin 1882, X... remarque un changement dans son caractère; une tristesse, sans cause appréciable, a succédé à sa bonne humeur habituelle; la mémoire semble même beaucoup moins fidèle; les membres supérieurs et inférieurs sont le siège de douleurs obtuses vagues, erratiques. Malgré cet état, X... n'interrompt pas sa profession. Il me consulte de nouveau au début de juillet 1882. X... accusait alors les symptômes que je viens d'énumérer. L'examen me permit de constater l'absence complète de douleurs fulgurantes, d'hyperesthésie ou d'anesthésie générale ou locale. Intégrité absolue des réflexes. Douleurs de tête surtout frontales. (Iodure de sodium et d'ammonium.)

Le 18 août 1882, pas de changement dans les symptômes nerveux, crâniens ou périphériques; sensibilité spontanée, et surtout à la pression de la voûte osseuse du nez, dans les os propres, comme dans les deux branches ascendantes des maxillaires supérieurs. (Iodure de potassium à doses progressives de 2 à 5 grammes par jour.)

Dans les premiers jours d'octobre, les douleurs vers les membres et le crâne ne présentent qu'une très légère diminution. X... accuse des douleurs comme lancinantes vers la tempe gauche; vertiges, bluettes et mouches volantes des deux yeux, sans diminution de l'acuité visuelle.

Le 10 octobre 1882, X... présente au niveau de la tempe gauche, dans le point qui était depuis quelques jours le siège de douleurs lancinantes, une augmentation marquée de volume et de consistance de la branche frontale antérieure de l'artère temporale superficielle gauche. Au dire du malade, cette altération locale aurait été remarquée depuis quatre jours. Elle apparaît sous forme d'un cordon transversal de 25 mill. environ de longueur. Le cordon, d'une consistance partout uniforme, se termine brusquement de chaque côté et se continue avec les parties saines de l'artère, que l'on ne reconnaît guère qu'à leur battement et à une légère saillie. Le volume du tube vascu-

(1) Communication au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, à Blois, le 6 septembre 1884.

laire est doublé. Les battements vasculaires, dans toute la longueur du point induré, sont notablement affaiblis, et vers le 20 octobre, ils n'étaient plus perceptibles. Les autres branches de l'artère temporale superficielle ne présentaient aucun épaississement, ou athérome; quelques branches étaient légèrement flexueuses. Intégrité absolue des carotides, de l'aorte, dont les bruits sont à peine plus durs que dans l'état normal. Aucun signe morbide au cœur. (On continue l'iodure de potassium à haute dose.)

Depuis le mois d'octobre 1882, jusqu'à fin de février 1883, l'état de la branche oblitérée de l'artère temporale superficielle reste presque stationnaire; même dureté du vaisseau; suppression des battements dans toute l'étendue de l'induration. Augmentation des douleurs dans la tête et le col; gênedans les mouvements de rotation de la tête; vertiges au point que X..., qui n'interrompt pas ses occupations, remarque qu'il se rapproche des murs, quand il suit une rue, dans la crainte de tomber. Jamais, du reste, il n'a fait de chute. Pendant ce temps, on est obligé plusieurs fois de diminuer la dose journalière d'iodure de potassium, à cause de l'apparition d'accidents gênants d'iodisme; il faut même plusieurs fois remplacer l'iodure de potassium par de l'iodure de sodium et d'ammonium.

Au commencement d'avril 1883, la branche antérieure frontale de l'artère temporale superficielle gauche demeurait dure, sans battements, le siège de douleurs spontanées et augmentées par la pression. A cette époque, X... accuse dans la région temporale droite des douleurs analogues à celles qui ont été ressenties sept mois auparavant dans la tempe gauche. Une branche frontale antérieure de l'artère temporale superficielle droite, se dirigeant transversalement, devient le siège d'une induration uniforme dans une étendue de 3 centimètres. Cette artère présentait alors des battements beaucoup plus faibles que les autres branches superficielles du même vaisseau. Vers la fin du mois d'avril 1883, la branche de l'artère temporale superficielle droite était oblitérée comme la gauche et les deux vaisseaux également privés de battements. Intégrité absolue des deux carotides. Les deux artères radiales, au-dessus du poignet, n'ont jamais présenté d'indurations. Le pouls était régulier, fort et synchrone des deux côtés. Les douleurs restent vives dans la tête, le col; un peu de dyspepsie, sans rien de notable à l'arrière-gorge. Les douleurs périphériques, dans les tibias, le nez diminuent graduellement. Moins de vertiges. (Même traitement par l'iodure de potassium à doses alternativement croissantes et décroissantes.)

Vers la fin d'août, la dureté de la branche frontale de la temporale superficielle droite diminue graduellement; dans les premiers jours de septembre, on perçoit, dans une partie de son trajet, des battements profonds. Même traitement.

Pendant le mois d'octobre 1883, l'induration diminue parallèlement dans la branche frontale de l'artère temporale superficielle gauche.

La guérison marche alors simultanément dans les vaisseaux symétriques. L'induration diminue rapidement dans toute l'étendue de l'artère oblitérée; on ne constate aucun noyau partiel.

Le 18 décembre 1883, l'induration a complètement disparu dans les deux vaisseaux, dont les tuniques offrent la même souplesse et les mêmes battements que les branches voisines dans la même artère.

Pendant le dernier trimestre de 1883, X... accuse une amélioration constamment progressive des douleurs dans la tête et les membres. Marche normale.

Le 15 mars 1884, X... me consulte de nouveau pour des douleurs dans le nez, de la sensibilité de la voûte osseuse nasale. (Sirop de Gibert.) L'amélioration de ce symptôme se produit rapidement.

Le 26 juillet 1884, X... ne présente aucun symptôme morbide et cesse tout traitement.

Je résume brièvement l'histoire de ce malade :

X..., âgé de 52 ans, contracte dans les derniers mois de 1878, une blennorrhagie et un chancre. On ignore le traitement auquel il fut soumis. En mai 1878, douleurs erratiques dans les membres, et peu après psoriasis guttata. Guérison par le bichlorure de mercure et l'iodure de potassium. La santé reste bonne depuis juin 1878 jusqu'au commencement de 1882, pendant trois ans et demi. En février 1882, douleurs dans la tête, les membres, les os du nez; vertiges, tristesse, amnésie légère. En octobre 1882, c'est-à-dire neuf mois après, recrudescence des accidents, artérite de la branche frontale antérieure de l'artère temporale superficielle gauche et, six mois après, de la branche correspondante de l'artère temporale droite. Recrudescence des accidents cérébraux. (Traitement par l'iodure de potassium à haute dose). L'artérite des deux branches temporales guérit au bout de un an et deux mois de traitement. En même temps les accidents cérébraux présentent une amélioration correspondante. Toute l'évolution morbide a duré plus de six années.

Ce fait, fort rare, dont j'ai suivi la marche avec la plus grande attention, m'a permis d'assister aux phases d'une maladie qui a fait l'objet de nombreux travaux depuis une dizaine d'années. J'ai moi-même, dans un autre travail (*Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu,* 1874), exposé le rôle des artérites syphilitiques dans la génèse des accidents et lésions cérébrales. Aujourd'hui, je n'envisage qu'un seul point de la question, l'évolution et surtout la terminaison par guérison de l'artérite.

X... *était-il réellement syphilitique?* La question est facile à résoudre par l'affirmative. L'accident initial n'a pas été affirmé; l'existence d'un chancre est douteuse, celle d'une blennorrhagie certaine. L'apparition, cinq ou six mois après l'accident initial, d'un psoriasis guttata, sans prurit, peut à elle seule lever tous les doutes. Ajoutons que la dermatose syphilitique coïncidait avec des douleurs dans la tête, les os du nez, etc. Le traitement antisyphilitique est alors institué. Les accidents disparaissent et la santé reste parfaite pendant trois ans et demi. Après cette suspension des accidents de la syphilis, on voit se manifester une recrudescence de douleurs osseuses, les lésions artérielles. Ces divers accidents disparaissent lentement sous l'influence de l'administration prolongée des iodures de potassium, de sodium et d'ammonium. X... était donc bien syphilitique.

Les accidents du côté du système nerveux ont paru presque en même temps que le psoriasis; comme la dermatose, ils ont disparu rapidement après la cure hydrargyrique et iodée. Je signalerai le caractère de ces accidents; ils appartiennent à ce groupe de symptômes produits souvent par les lésions diffuses du système nerveux. Jamais X... n'a présenté d'altération ou de perte de la sensibilité ou de la motilité sur un membre ou un côté du corps. Les douleurs atteignaient tantôt une région, tantôt une autre, de préférence la surface d'un os, du crâne, du tibia, du nez. Les troubles psychiques apparaissent en même temps; tels sont la tristesse, une amnésie légère, les vertiges et surtout la terreur du vide.

Tous ces symptômes se retrouvent dans les faits de syphilis cérébrale, et l'on pourra en lire des exemples dans l'ouvrage de Fournier sur la syphilis cérébrale.

L'artérite syphilitique se manifeste à la suite de tous ces accidents de syphilis cérébrale, quatre ans après le moment de l'infection; elle siège d'abord sur une branche limitée de la temporale superficielle gauche et cinq mois plus tard sur la droite.

L'artérite, telle que je viens de l'observer chez X..., diffère-t-elle de la description que donnent les auteurs modernes de l'inflammation syphilitique des artères?

On sait que cette lésion, indiquée d'abord par S. Wilks, Bristowe (*Transact. of the Patolog. Soc. of London,* v. XVI, 1864), fut plus tard étudiée par Passavant, Clifford Allbutt, Heubner (*Archiv d. Heilk.* 1870, et *Luetische Erkrankung der Hirnarterien,* Leipzig, 1874), Lancereaux, etc. J'ai moi-même (*Clinique médic. de l'Hôtel-Dieu,* 1874, p. 324) insisté sur le rôle de ces artérites comme cause des lésions de la syphilis cérébrale. Depuis cette époque, Baumgarten (Virchow's, *Archiv.,* vol. 73 et 86), Gower, W. S. Greenfield, Lancereaux, Sharkey, etc,, ont précisé les caractères de cette inflammation artérielle.

Existe-t-il une lésion artérielle qui mérite le nom de syphilitique? On est presque unanime pour répondre affirmativement. Comme pour les autres lésions de la syphilis, on aurait tort de demander un caractère propre à ces altérations. Le microscope ne nous fournit pas plus de caractère propre que la clinique. Le syphilome de Wagner appartient à l'histoire comme le follicule tuberculeux. Le critérium de la nature de la lésion réside dans la disposition de la lésion, dans son évolution, dans sa place au rang des accidents d'évolution syphilitique.

Les caractères empruntés à l'histologie pathologique ont fait ranger

l'artérite syphilitique dans la classe des *artérites oblitérantes*, non pas, comme le dit Lancereaux, que toutes les formes oblitérantes de l'artérite doivent être rapportées à la syphilis, mais parce que l'oblitération du canal vasculaire est un de ses caractères principaux et habituels. La lésion artérielle de X... répond parfaitement à ce caractère ; l'induration du vaisseau est suivie de la suppression absolue des pulsations dans les branches frontales de l'artère temporale superficielle de chaque côté.

Cette oblitération est le plus souvent consécutive à une altération des tuniques du vaisseau, commençant par l'externe et se propageant dans les tuniques moyenne et interne. Cette prolifération cellulaire peut être considérable et boucher la lumière du vaisseau. Baumgarten en a représenté plusieurs exemples dans les planches de ses derniers travaux.

Dans un travail récent (*Revue de médecine*, août 1884), F. Balzer, en étudiant les gommes de la peau, écrit que [ces lésions périphériques aux foyers caséeux portent principalement sur le système *vasculaire* qui est évidemment leur *siège primitif et leur point de départ*.

... Les éléments des vaisseaux ont proliféré, formant des couches concentriques de cellules fusiformes qui ont fini par oblitérer complètement la lumière du vaisseau. Cette évolution peut se suivre dans certains vaisseaux, qu'on voit entourés par un *manchon plus on moins épais de cellules embryonnaires* contribuant à oblitérer par compression leur lumière.

Heubner avait prétendu que l'évolution morbide débutait par la membrane interne du vaisseau. Cette opinion ne compte guère de partisans aujourd'hui.

L'*absence d'athérome* a été signalée chez X... sur toutes les artères superficielles ; c'est également ce qui a lieu chez le plus grand nombre des malades. L'athérome n'appartient pas en propre à la syphilis, au moins est-il différent de l'artérite syphilitique. On peut le rencontrer chez des syphilitiques, et Huber a publié deux exemples. Je ne reproduirai pas la discussion fort juste du travail de Huber par F. Baumgarten.

L'*artère* était *malade sur une petite étendue et malade des deux côtés, sur des branches symétriques*. Ces deux caractères appartiennent encore à l'artérite syphilitique. Tous les auteurs ont indiqué la localisation la plus habituelle de cette forme d'inflammation artérielle dans les carotides et les artères du cerveau. Ces dernières sont de toutes les plus fréquemment atteintes. W. S. Greenfield (*Lond. Patholog. transact.*, vol. XXVIII, p. 249 1877) a trouvé dans l'espace de deux ans des lésions de syphilis viscérale chez 22 cadavres autopsiés à l'hôpital Saint-Thomas. De ces 22 sujets, 10 avaient moins de 40 ans. Trois de ces dix malades succombèrent aux suites d'une lésion des artères cérébrales. Ainsi l'artérite syphilitique est assez fréquente, surtout sur les artères cérébrales. Chez le malade qui fait le sujet de mon observation, la lésion avait frappé une branche de la carotide externe.

L'*artérite syphilitique* était *circonscrite*, j'ai dit que la lésion était *symétrique*. Quelquefois, écrit Lancereaux (*Arch. gén. de méd.*, 1877), deux artères *symétriques* ont leurs parois épaissies dans un point circonscrit. X... a présenté successivement l'inflammation des deux branches opposées de l'artère temporale superficielle.

Sous le rapport de la localisation (délimitation circonscrite, lésion symétrique), ce fait n'ajoute rien aux données actuelles de la science.

L'observation de X... m'a permis de recueillir quelques nouveaux détails cliniques sur les symptômes de l'artérite. Je n'ai pas la prétention de tracer, d'après un seul fait, la séméiologie de l'artérite syphilitique, je tiens uniquement à signaler les signes recueillis chez un individu dont la localisation exceptionnelle de l'artérite rendait l'examen facile et éloignait beaucoup de causes d'erreur.

La syphilis artérielle, au dire de Heubner, si on la compare à l'artérite

chronique, aux athéromes ordinaires, peut presque être considérée comme une artérite aiguë. Je crois cette opinion vraie, avec cette légère modification que je la nommerai une *artérite subaiguë.*

Le début de la lésion de la branche artérielle a été marqué par une douleur assez vive, douleur localisée sur le point malade, spontanée et augmentant par la pression. Le vaisseau devenait rapidement le siège d'une induration partout uniforme, ayant d'un côté une étendue de 0m,025 et de l'autre de de 0m03, d'une consistance uniforme, sans changement de couleur à la peau. Lors du premier examen que je fis du malade, l'artérite avait déjà l'étendue qu'elle conserva pendant tont le cours de la maladie. Jamais je n'ai pu constater de point plus dur, plus saillant dans un point que l'autre. Les limites de l'induration à ses deux extrémités étaient nettement tranchées et ne se continuaient pas par une graduation insensible avec les tissus sains.

Les battements de l'artère diminuaient dès les premiers temps de l'artérite et disparurent des deux côtés au bout d'une dizaine de jours. Cette disparition lente et graduelle des battements ne permet pas d'admettre l'existence d'une embolie, mais je n'ose me prononcer sur la question de savoir si l'artérite s'est accompagnée à l'une de ses périodes d'une coagulation sanguine, d'une thrombose. La plupart des auteurs actuels admettent l'oblitération du vaisseau sans thrombose, par lésion des tuniques, comme le processus d'oblitération le plus habituel. Ainsi F. Balzer écrit : (*loc. cit.* p. 615) « Les vaisseaux ne s'oblitèrent que progressivement par prolifération des cellules de la couche interne. » D'autres, et Lancereaux en particulier, écrivent que l'épaississement des tuniques artérielles a pour effet habituel de rétrécir le calibre du vaisseau et d'en produire l'obstruction par la formation d'un caillot fibrineux. Sans pouvoir déterminer exactement la part d'une thrombose dans l'artérite de X..., on peut dire que l'épaississement des tuniques artérielles a constitué la plus grande partie de l'induration cylindrique constatée sur le trajet du vaisseau.

La lésion de l'artère a donc atteint rapidement sa période d'état, et elle a donc évolué, comme le disaient Heubner et P. Baumgarten, sous une forme aiguë. Ce processus a été identique dans les deux branches artérielles symétriques.

La douleur spontanée a disparu pendant la période d'état de la lésion.

L'observation que je rapporte éclaire encore une autre question : l'artérite syphilitique peut guérir alors même qu'elle est parvenue à la période d'oblitération.

Le travail de résolution s'est accompli presque en même temps dans les deux artères, avec cette différence que son évolution a été plus rapide dans l'artère atteinte la dernière.

La durée du travail de résolution de l'artérite a duré cinq mois.

Les symptômes ont été les mêmes que ceux de la période de développement, mais en sens inverse. La première amélioration a été signalée par le retour des battements dans le vaisseau. Ces battements, d'abord très faibles, n'ont repris leur force normale qu'après l'achèvement de la résolution de la phlegmasie vasculaire.

La guérison a été entière et rien depuis lors ne pourrait faire reconnaître le point primitivement atteint.

Le traitement a été exclusivement interne, l'iodure de potassium aux doses de 2 à 5 grammes par jour. Plusieurs fois ce médicament a dû être interrompu à cause de l'apparition d'accidents d'iodisme. Pendant ce temps on avait toujours recours à des doses élevés d'iodure de sodium et d'ammonium.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 octobre 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

Sommaire : Rapport sur un travail relatif à l'opération thoraco-plastique d'Estlander ; discussion.

M. Nicaise fait un rapport sur un travail de M. le docteur Saltzman, professeur de clinique chirurgicale à l'Université d'Helsingfors (Finlande), relatif à l'opération thoraco-plastique d'Estlander.

M. Saltzman, élève et successeur d'Estlander, a eu l'occasion de pratiquer cinq fois cette opération; c'est la relation de ces cinq observations, accompagnée de remarques importantes, que renferme son mémoire.

Dans la première observation, il s'agit d'un homme de 21 ans, épileptique, qui, à la fin de l'année 1880, éprouve des douleurs dans le *côté gauche* de la poitrine avec toux et fièvre. Il reste trois semaines au lit.

En mars 1881, une fistule s'ouvre près du mamelon gauche et donne issue à une grande quantité de pus; l'écoulement continuant, le 17 janvier 1882, un an après le début de l'affection, le malade entre à la clinique.

Il porte une fistule dans le quatrième espace, à 3 centimètres en dehors du mamelon; les côtes sont un peu rétractées; il y a augmentation vespérale de la température; l'état général est assez bon, les urines sont normales.

Le 31 janvier, M. Saltzman résèque 5 centimètres de quatre côtes, les quatrième, cinquième, sixième et septième; la résection des deux côtes inférieures fut faite plus en arrière que celle des supérieures, afin de mobiliser la paroi en face de la partie la plus déclive de la cavité; de plus, on fit une contre-ouverture en ce point et on y introduisit un tube à drainage qui ressortait par l'ouverture fistuleuse. La cavité fut lavée avec une solution à 2 pour 100 d'acide borique. Pansement à la gaze phéniquée. Le malade était complètement guéri à la fin d'avril, trois mois environ après l'opération.

M. le rapporteur fait remarquer que, dans ce cas, il s'agit d'une pleurésie purulente ouverte spontanément; d'après certains faits, il semble que l'opération d'Estlander ait *bien réussi* dans ces cas. M. Nicaise fait remarquer aussi que M. Saltzman fit la résection des côtes inférieures plus en arrière que celle des autres, afin de mobiliser la partie la plus déclive de la cavité.

Dans la deuxième observation, il s'agit d'un homme de 31 ans atteint de pleurésie gauche dans les premiers jours de 1883. En juillet, le pus s'ouvre *spontanément* une issue au dehors.

Le malade entre à l'hôpital le 22 octobre; il est amaigri, a perdu ses forces. On constate à la partie antérieure des huitième et neuvième côtes quelques ouvertures fistuleuses qui conduisent dans une grande cavité. Rétraction des côtes, effacement des espaces intercostaux, déviation scoliosique à droite. Circonférence bimamelonnaire 47 à droite, 40 à gauche. Pas d'albumine dans les urines.

Opération le 26 octobre. Résection par trois incisions de 4 centimètres des troisième, quatrième, cinquième, sixième, septième et huitième côtes. La neuvième est réséquée plus en arrière pour faciliter le drainage. La cavité est lavée avec une solution d'acide borique à 2 p. 100. Pansement antiseptique.

A la fin de décembre, la guérison était complète; le malade quitta l'hôpital le 31 janvier 1884.

Il s'agit encore là d'un cas de pleurésie purulente ouverte *spontanément;* des fragments de sept côtes furent réséqués et la guérison fut complète.

Le sujet de la troisième observation est une femme de 35 ans qui toussait et avait des douleurs dans le côté gauche de la poitrine en automne 1878; elle reste chétive.

Le 23 septembre 1881, elle entre à l'hôpital et on constate un épanchement à gauche.

Le 25 septembre, une ponction donne issue à 1,800 grammes de pus.

Le 28, on résèque un petit segment de la sixième côte pour établir une fistule; écoulement de trois litres de pus; lavages antiseptiques, amélioration, mais la fièvre persiste.

Le 29 novembre, résection de la huitième côte pour faire une contre-ouverture; la cavité diminue; à la fin de décembre, l'état s'aggrave, fièvre, transpiration, etc.

Le 24 janvier 1882, la malade passe à la clinique chirurgicale. La cavité est explorée avec la sonde; elle contient 800 grammes de liquide.

Le 27 janvier, résection de 6 centimètres environ des troisième, quatrième, cinquième, sixième et septième côtes. Amélioration. La malade sort en été ; les bouts des côtes réséquées se touchaient ; la cavité contient 240 grammes de liquide.

Au bout de deux ans, le 18 mars 1884, la malade rentre à l'hôpital ; les forces étaient revenues, mais la fistule persistait ; la cavité contenait 180 grammes de liquide. En certains points les bouts postérieurs des côtes chevauchaient sur les antérieurs ; des fragments étaient réunis par du tissu osseux, d'autres par du tissu fibreux.

Le 21 mars, résection par quatre incisions de 5 centimètres des deuxième, troisième, quatrième, cinquième, sixième, septième, huitième et neuvième côtes.

Le 30 avril, la cavité contient encore 50 grammes de liquide ; M. Saltzman compte sur l'oblitération de la cavité.

Il s'agit là d'une pleurésie purulente d'emblée avant toute ponction et présentant une grande cavité. Une première résection de 6 centimètres de 5 côtes ne suffit plus ; une seconde est faite deux ans après sur 8 côtes, dont les résultats sont encore inconnus, mais paraissent devoir être favorables.

Suivent deux autres opérations plus récentes encore et qui paraissent également devoir donner de bons résultats. L'une est trop incomplète et trop écourtée pour donner lieu à des conclusions. La seconde (cinquième du mémoire) est relative à un homme de 37 ans entré à la clinique chirurgicale le 3 avril 1884. Il porte depuis deux ans une fistule ouverte dans le septième espace intercostal droit. La cavité est considérable ; elle contient environ 500 grammes ; le poumon paraît refoulé en haut et en avant.

Pendant une injection d'une solution d'acide borique, le malade est pris de toux et expectore un liquide où l'on constate la présence de l'acide borique. Il y avait donc une fistule broncho-pleurale.

M. Saltzman reconnaît que cette complication pouvait être une contre-indication à l'opération. Néanmoins il intervient, pensant que la vie du malade était plus en danger par le fait de l'étendue de la cavité suppurante que de l'existence d'une fistule broncho-pleurale.

Le 18 avril, il enlève de 5 à 7 centimètres des troisième, quatrième, cinquième, sixième, septième et huitième côtes. Réunion par première intention. Affaissement progressif de la paroi thoracique. Le 30 avril, la cavité contient 175 grammes de liquide ; la suppuration diminue et les pansements sont plus rares.

Dans les remarques dont M. le Rapporteur fait suivre la relation des observations de M. Saltzman, il établit que la résection doit être faite d'après la *méthode sous-périostée*, il n'y a pas à craindre, suivant lui, que la régénération osseuse empêche l'affaissement du thorax.

M. Saltzman rejette l'*excision* de la plèvre conseillée par Schède. Cependant M. J. Bœckel l'a pratiquée une fois et a obtenu une amélioration notable. L'*incision seule*, dans un cas communiqué à la Société de chirurgie par M. Erhmann (de Mulhouse) laissa une énorme cavité dont la suppuration abondante fut bientôt suivie de la mort du malade.

Dans ces derniers temps, le docteur Sprengel (de Dresde) a proposé une modification à l'excision de la plèvre selon le procédé de Schède. Après avoir fait la résection sous-périostée de deux côtes presque dans toute leur longueur, il divise la plèvre par une incision parallèle aux côtes, puis gratte la cavité de l'empyème avec une cuiller tranchante et fait le tamponnement de cette cavité avec de la gaze antiseptique au sublimé. La guérison fut ensuite abandonnée à la nature et s'effectua par la rétraction de la plèvre et l'attraction de la peau.

Déjà Létiévant avait fait une opération analogue qu'il a communiquée à la Société de chirurgie en 1875. Il s'agissait d'un jeune garçon de 16 ans chez lequel un abcès pleural s'ouvrit spontanément ; Létiévant agrandit l'ouverture et fit des injections iodées ; la fistule se tarit et le malade parut guéri ; mais, trois mois après, elle se rouvrit. Létiévant fit une contre-ouverture dans un point déclive du thorax et passa un drain dans les deux orifices. Une hémorrhagie se produisit les jours suivants et conduisit Létiévant à inciser la plèvre dans une étendue de 7 centimètres et à réséquer 4 à 5 centimètres de la septième et de la huitième côtes. Puis il fit le tamponnement de la cavité avec de la charpie sèche suivi d'un pansement à l'huile d'eucalyptus. La cavité se rétrécit peu à peu et, un an après l'opération, le trajet fistuleux tendait à se cicatriser.

A ces observations, M. Nicaise peut en ajouter deux autres.

En janvier 1881, Maurice Raynaud lui demanda de visiter un malade de son service auquel l'opération d'Estlander pouvait peut-être rendre service.

La fistule siégeait à gauche dans le neuvième espace ; la cavité était considérable et mesurait 19 centimètres dans ses deux principaux diamètres ; les côtes étaient rétrac-

tées, imbriquées ; l'état général du malade était très mauvais. Ils pensèrent qu'il était trop tard pour intervenir; le malade mourut en effet quelques jours après.

M. Nicaise fit avec Maurice Raynaud l'opération sur le cadavre ; par trois incisions il enleva de 7 à 8 centimètres de sept côtes ; l'affaissement immédiat de la paroi pectorale fut peu considérable ; la plèvre avait une épaisseur de 4 à 5 millimètres, le poumon était logé dans la gouttière vertébrale et contre le médiastin. La cavité suppurante occupait donc toute la hauteur de la cavité pleurale ; il était donc impossible d'en obtenir l'oblitération.

En 1882 entrait à l'hôpital Laënnec, dans le service de M. Legroux, un homme de 28 ans, atteint de pleurésie droite; à la suite de plusieurs ponctions, il survint une pleurésie purulente en décembre. Appelé en consultation par son collègue, M. Nicaise fit, le 13 mars 1883, la pleurotomie dans le lieu des ponctions, huitième espace intercostal. Des lavages à l'acide borique furent pratiqués. Il survint une variole, et l'état du malade alla en s'aggravant de plus en plus.

Le 9 juin, M. Nicaise pratiqua l'opération d'Estlander; il réséqua de 8 à 11 centimètres des troisième, quatrième, cinquième, sixième, septième, huitième et neuvième côtes. Il y eut à la suite une amélioration notable dans l'état du malade ; mais la suppuration continue encore à l'heure qu'il est, et il est à craindre que le malade ne finisse par succomber.

En résumé, M. Nicaise déclare que l'opération d'Estlander est une bonne opération, mais qu'elle ne convient pas à tous les cas; elle est quelquefois inefficace, mais il ne croit pas qu'elle soit dangereuse par elle-même. En tout cas, elle est souvent indispensable.

M. le rapporteur conclut en proposant : 1° d'adresser à M. le professeur Saltzman une lettre de remerciements; 2° d'insérer son remarquable travail dans les *Bulletins*. (Adopté.)

Le rapport de M. Nicaise donne lieu à une discussion qui doit se continuer dans la prochaine séance et à laquelle prennent part MM. Lucas-Championnière, Bouilly, Chauvel, Monod, Desprès et M. le rapporteur.

M. Lucas-Championnière reconnaît l'utilité de l'opération d'Estlander qui, dans la plupart des cas, amène un notable soulagement dans l'état des malades. Mais il serait bon de savoir dans quelles conditions et dans quelles proportions la guérison complète a lieu. Il cite le cas d'un individu, un dessinateur, chez lequel il a fait trois fois cette opération. Il y a deux ans, cet homme était atteint d'une pleurésie purulente, l'état général était déplorable, et ce n'est que sur les conseils de M. Bouilly qu'il a tenté l'opération. Il a fait la résection de cinq côtes; la longueur du plus grand fragment était de 11 centimètres. La guérison fut loin d'être rapide; il y eut de la suppuration et au commencement de cette année une nouvelle résection fut jugée nécessaire. Le soulagement fut immédiat et très sensible : quatre côtes avaient été réséquées ; mais, bien que la cavité suppurante fût énorme, le malade put reprendre son travail. Il y a un mois et demi environ, il sollicita lui-même une nouvelle opération. M. Lucas-Championnière fit de nouveau la résection de quatre côtes, y compris la seconde. De nouveau cet individu se trouve mieux, mais l'état général est si mauvais, les antécédents héréditaires sont à tel point déplorables qu'il y a peu de chances d'arriver à la guérison : il y a toujours de la suppuration et persistance d'un trajet fistuleux.

Quant au mode opératoire, l'orateur est d'avis qu'il ne faut pas être exclusif. Tantôt de simples incisions sont suffisantes, tantôt au contraire il est nécessaire d'enlever de larges lambeaux, principalement dans la région du grand pectoral. Tout dépend de la partie dans laquelle on opère.

Ce qui compromet le plus souvent le succès de ce genre d'opérations, c'est l'époque tardive à laquelle on les fait. Il est bon, lorsqu'on fait l'opération de l'empyème, de faire en même temps la résection d'au moins une côte, ce qui crée tout de suite un large débouché pour l'écoulement du pus. C'est du reste ce qu'il a fait sur un individu qui se trouvait dans les mêmes conditions que le précédent et qui a été guéri au bout de six semaines.

M. Bouilly, qui a fait par lui-même sept opérations de ce genre et qui a assisté à un grand nombre d'autres, croit qu'on est trop porté, en général, à confondre l'opération d'Estlander proprement dite avec quelques autres, telles que l'incision et l'excision de la plèvre qui en diffèrent totalement. Il a l'intention, dans la prochaine séance, d'apporter des observations dont il essayera de tirer quelques conclusions pratiques.

M. Chauvel a fait deux opérations d'Estlander. Il demande l'autorisation de joindre, dans la prochaine séance, ses propres observations à celles de M. Bouilly.

M. Monod a opéré, il y a un an, un individu qui n'est pas encore guéri, et qui devra très probablement subir une nouvelle opération. Mais il est d'accord avec M. Nicaise sur ce point, que la résection doit être faite aussi en arrière que possible pour les côtes inférieures, et avec M. Lucas-Championnière sur cet autre, que l'amélioration apportée dans l'état du malade est souvent très remarquable. Ce qui est malheureusement certain, c'est que, dans la plupart des cas, l'opération d'Estlander ne donne pas des résultats absolument satisfaisants.

M. Desprès a eu l'occasion de donner ses soins à un malade qui depuis dix ans portait une fistule pleurale dans laquelle était passé un tube à drainage. L'état général était à peu près bon. Mais le malade est loin d'être guéri, et M. Desprès estime que, si cet individu avait subi l'opération d'Estlander au début de sa fistule, il serait très probablement rétabli aujourd'hui. Il croit, de plus, que l'opération n'a de chances de réussir que lorsqu'elle est faite sur des sujets jeunes, et moins d'un an après l'apparition de la maladie. Lorsque la cavité suppurante est trop grande, le succès est bien compromis.

M. Bouilly fait observer qu'en général ce n'est pas chez de pareils malades que l'on est appelé à faire l'opération d'Estlander, attendu qu'ils succombent rapidement à l'épuisement produit par l'abondance de la suppuration; ceux que l'on opère au bout de trois, quatre ou cinq ans, sont des individus ayant des cavités suppurantes peu étendues.

M. Desprès est presque d'accord avec M. Bouilly, mais il fait cependant remarquer que, lorsqu'un individu a pu garder une fistule pendant cinq ans sans voir son état s'aggraver, à celui-là on ne peut d'emblée proposer l'opération. Les exemples de guérison de ce genre de fistules au bout de plusieurs années ne sont pas rares; il espère fortement que le malade dont il vient de parler guérira spontanément. Il ne condamne pas l'opération d'Estlander, mais le mauvais usage qu'on en fait trop souvent.

M. Nicaise, répondant à M. Bouilly, fait observer que, dans son rapport, il n'a nullement confondu l'opération d'Estlander avec celles qui consistent à exciser ou à inciser la plèvre. Il est d'accord avec ses collègues sur l'importance qu'il y a à bien préciser les indications de l'opération et à varier le mode opératoire suivant la région où l'on est appelé à intervenir. — A. T.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 octobre 1884. — Présidence de M. Millard, vice-président.

Sommaire : *Anorexie hystérique et gavage. — Traitement de la fièvre intermittente par les injections sous-cutanées d'acide phénique. Discussion. — Le bromure de potassium comme succédané de la quinine.*

Correspondance : Lettre de M. Paul Oulmont faisant part à la Société de la mort de son oncle et du désir exprimé par le défunt qu'aucun discours ne fût prononcé sur sa tombe.

Lettre de M. le docteur Martel, médecin en chef de l'hôpital de Saint-Malo, sollicitant le titre de membre correspondant.

La Société est informée de la création d'un *Muséum d'ophthalmologie* à Paris et sollicitée d'y collaborer soit par des dons, soit par les travaux de ses membres.

M. Fernet lit un rapport sur deux mémoires présentés par M. Martel (de Saint-Malo) à l'appui de sa candidature.

Le premier relate une observation d'*anorexie hystérique traitée par le gavage*. Les particularités notables de ce cas sont les suivantes. Chaque introduction de la sonde œsophagienne jouant pour ainsi dire le rôle d'une aura déterminait un spasme laryngé d'une violence extrême et un accès d'hystérie convulsive. Les aliments ingérés artificiellement n'étaient pas tous également tolérés par l'estomac, et ceux qui étaient constamment rejetés étaient justement ceux pour lesquels la malade avait de la répugnance, quand elle se nourrissait d'une façon normale, ainsi les œufs, le lait, tandis que l'ale, le cognac étaient supportés. Bien que le sens du goût ne fût nullement impressionné par les aliments, l'estomac faisait ainsi de lui-même la sélection. L'estomac ne tolérait d'ailleurs que de petites doses d'aliments, et il ne fallait pas que les intervalles entre les séances de gavage fussent trop longs, sinon le bénéfice obtenu par la séance précédente était très vite perdu.

D'ailleurs, le gavage, tout en ayant contribué au rétablissement de la malade que son anorexie persistante avait conduite à un état d'inanition des plus inquiétants, n'a pas produit ces résultats favorables si rapides et si frappants, qu'on obtient de la suralimentation chez les tuberculeux.

M. Martel rappelle dans un second mémoire qu'il fait usage de la poudre de viande de bœuf en thérapeutique depuis près de dix ans et envoie à la Société deux échantillons de cette poudre préparée d'après ses indications par un pharmacien de Saint-Malo et dont le premier s'est conservé depuis 1875 sans altération.

La Société vote le renvoi des mémoires de M. Martel au comité de publication et l'acceptation de la candidature de l'auteur.

M. Dieulafoy rapporte une observation de *fièvre intermittente guérie par les injections sous-cutanées d'une solution d'acide phénique.*

Un homme de 36 ans avait été atteint à plusieurs reprises d'une fièvre tierce légitime. La première fois en 1877, à Richmond, ses accès commençaient à quatre heures du matin par un frisson presque immédiatement suivi de sueurs profuses et duraient deux heures. Il fut traité pendant trois mois par la quinine prise en cachets.

En juin 1882, deuxième atteinte de fièvre tierce qui commençait à la même heure. Traité à la Charité par le sulfate de quinine aux doses de 1 gr. 50 la veille des accès et 0 gr. 50 le jour même, le malade vit ses accès coupés en trois semaines; la médication fut continuée huit jours après la guérison, de sorte qu'il absorba 22 gr. 50 de sulfate de quinine.

En mai 1883, une atteinte semblable aux précédentes l'amena à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Moutard-Martin. Le sulfate de quinine fut administré de la même manière : ses accès ne furent coupés qu'au bout de quatre semaines, le traitement fut continué pendant quinze jours encore ; le malade prit ainsi 33 gr. de quinine.

En 1884, il entrait le 26 juin dans le service de M. Dieulafoy, à l'hôpital Saint-Antoine. Ses accès avaient commencé le 18. Ils débutaient comme les fois précédentes à quatre heures du matin; la fièvre était tierce. Le foie et la rate avaient le volume normal. Aucune médication n'avait encore été essayée. —Matin et soir deux à trois injections sous-cutanées furent pratiquées avec une solution d'acide phénique au 1/100. La seringue contenait 1 gr. 25 de liquide, et par suite 2 centigr. et demi d'acide phénique étaient introduits matin et soir. Les accès furent coupés le treizième jour; le traitement dura dix-sept jours, et le malade sortit guéri le 19 juillet.

66 figures avaient été pratiquées, et 84 centigrammes d'acide phénique absorbés, sans avoir donné lieu à aucun accident local, ni général.

L'intermittence des accès avait conservé toute sa netteté, seulement chacun d'eux était de moins en moins violent. La température était chaque fois de 3 à 4 dixièmes de degré inférieure à celle de l'accès précédent.

M. Dieulafoy sait que depuis assez longtemps ce traitement est connu ; mais il pense qu'on pourrait l'utiliser plus souvent, notamment dans les pays où la fièvre intermittente se montre parfois si rebelle, comme en Algérie.

M. Laveran rappelle que dès 1869 un médecin administrait l'acide phénique à l'intérieur dans la fièvre intermittente. Un praticien américain a fait connaître un certain nombre de faits, mais négatifs. L'observation de M. Dieulafoy est le premier fait positif. Toutefois quelques objections doivent être faites. D'une part la fièvre intermittente peut affecter spontanément la marche indiquée dans l'observation de M. Dieulafoy, c'est-à-dire guérir après une série d'accès graduellement décroissants, sous la seule influence de l'hygiène, des toniques et notamment du vin de quinquina, qui a peut-être été donné au malade. D'autre part en Algérie, où les fièvres sont fort graves et où on est exposé à chaque instant à voir les accès revêtir la forme pernicieuse, on n'a pas le droit d'expérimenter un médicament incertain, alors qu'on possède un moyen aussi héroïque que la quinine, administrée suivant les préceptes formulés par Maillot. Jusqu'ici aucune des substances préconisées comme succédanées de la quinine n'a mérité ce titre. Les toniques sont encore le meilleur moyen à utiliser après l'échec de celle-ci.

M. Dieulafoy : Le malade n'a pas pris de vin de quiquina et n'a pas été soumis à d'autres conditions hygiéniques que celles de tout malade d'hôpital. D'ailleurs M. Dieulafoy a volontairement laissé de côté l'historique de la question. Les matériaux sont déjà imposants; en Espagne notamment, plus de 200 injections hypodermiques d'acide phénique ont été pratiquées en 1882, et une commission, nommée à cet effet, a rédigé un volumineux rapport. Mais les observations qui y sont consignées n'offrent pas de garanties scientifiques assez rigoureuses. L'administration de l'acide phénique en pilules alternait notamment avec les injections ; ce qui rend toute conclusion douteuse.

M. Huchard a pu constater l'heureux effet du *bromure de potassium* dans le traitement d'une fièvre intermittente, qui n'avait cédé ni au sulfate de quinine, ni aux arsenicaux. M. Huchard, s'étant rappelé un travail de M. Vallin inséré dans le *Bulletin de thérapeutique*, où le bromure de potassium était préconisé, administra ce médicament à la dose de 4 à 5 grammes par jour. Au bout de quinze jours, la fièvre avait disparu complètement et la guérison s'est maintenue depuis un mois.

M. Vallin : Dans le cas sur lequel est basé le travail auquel fait allusion M. Huchard, la guérison a été bien plus rapide. Il s'agissait d'un Arabe qui, à l'heure de la visite du médecin, était pris chaque jour d'un accès si violent que son lit en tremblait, et que le spectacle de ce malheureux était un vrai scandale médical, les Arabes présents pouvant dire que les médecins français ne savent pas guérir la fièvre. Après trois semaines de tentatives de toute espèce, quinquina en poudre, hydrothérapie, arsenic, la quinine ayant échoué bien entendu, je me suis demandé si la moelle n'avait pas pris pour ainsi dire l'habitude de réagir d'une façon intermittente contre l'action du poison palustre. Je songeai à utiliser le bromure de potassium à la dose de 4 grammes. En quarante-huit heures les accès cessèrent. Le bromure fut continué, associé à la quinine, et la guérison se maintint.

M. Richard fait observer que le côté le plus remarquable du fait de M. Dieulafoy, c'est qu'il s'agissait d'un cas chronique, particulièrement rebelle. Il ne s'étonne d'ailleurs pas trop du succès de l'acide phénique, puisque les recherches de M. Laveran ont fait connaître la nature parasitaire de la malaria.

M. Delasiauve a jadis traité beaucoup de fièvres intermittentes. Tierces et même quartes cédaient toujours à l'action de la quinine ; il ne dépassait pourtant pas la dose de 45 centigrammes dans les cas simples et de 80 centigrammes dans les formes pernicieuses.

M. Laveran ne pense pas qu'on puisse appeler le bromure de potassium un succédané de la quinine ; c'est seulement un adjuvant, et, dans le cas de M. Vallin, il n'a fait qu'enrayer les accidents nerveux.

M. Vallin : Un médicament qui réussit à couper les accès, quand on l'a administré seul, n'est pas un simple auxiliaire, mais bien un succédané.

M. Huchard : C'est, bien entendu, après l'échec de la quinine et de l'arsenic seulement qu'on doit recourir au bromure. Dans le fait dont j'ai parlé, je me suis mal exprimé en disant que la guérison ne s'était effectuée qu'au bout de quinze jours. C'est seulement alors que j'ai revu le malade guéri, mais il m'a affirmé très positivement que, deux jours après l'usage du bromure, les accès avaient disparu.

M. Dumontpallier demande à M. Dieulafoy si les urines ont été examinées au point de vue de la présence de l'acide phénique.

M. Dieulafoy : Elles ne l'ont pas été.

M. Labbé : En dehors même de la fièvre intermittente, l'acide phénique abaisse la température et diminue la fièvre. Il n'y a d'ailleurs aucun inconvénient à essayer ce médicament. Pendant un an, je l'ai employé contre la fièvre typhoïde, je faisais donner des lavements contenant 50 centigr. d'acide phénique.

On accusa alors ici même l'acide phénique de causer de la congestion pulmonaire, mais je fis observer que la congestion est sous la dépendance directe du typhus. Le fait de M. Dieulafoy prouve bien que l'acide phénique peut être administré sans danger. J'ajouterai qu'on oublie un peu trop facilement — j'allais dire trop légèrement — les excellents résultats que donne la médication arsenicale, telle que l'a fait connaître Boudin, en cas d'échec de la quinine, surtout quand il s'agit de cachexie palustre.

Il faut aussi se souvenir qu'il n'est pas nécessaire d'employer de fortes doses de quinine ; la dose minimum de 30 centigr. est habituellement suffisante. Béhier insistait sur ce point.

— La séance est levée à cinq heures et la Société se forme en comité secret.

P. L. G.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 3 au 9 octobre 1884. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 852. — Fièvre typhoïde, 19. — Variole, 2. — Rougeole, 14. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 7. — Diphthérie, croup, 20. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 2. — Infec-

tions puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 1. — Méningite (tubercul. aiguë), 31. — Phthisie pulmonaire, 165. — Autres tuberculoses, 15. — Autres affections générales, 50. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 35. — Bronchite aiguë, 16. — Pneumonie, 43. — Athrepsie des enfants élevés ; au biberon, 58 ; au sein et mixte, 28 inconnues, 9. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 84 ; circulatoire, 75 ; respiratoire, 50 ; digestif, 53 ; génito-urinaire, 26 ; de la peau et du tissu lamineux, 2 ; des os, articulat. et muscles, 6. — Morts violentes, 32. — Causes non classées, 0.

Le service de Statistique municipale a compté, pendant la semaine actuelle, 852 décès au lieu de 806. L'état sanitaire de Paris continue donc à être extraordinairement satisfaisant.

En ce qui concerne les maladies épidémiques, la comparaison des chiffres des dernières semaines suggère les remarques suivantes :

La Fièvre typhoïde (19 décès au lieu de 18), présente, cette année, un phénomène très singulier et presque unique dans l'histoire médicale de la ville de Paris. Ordinairement la fréquence de la Fièvre typhoïde augmente au printemps et notamment en octobre, qui présente, en temps ordinaire, le maximum. Cette règle est très constante ; l'année 1866 est la seule année où on l'ait trouvée en défaut. Or, depuis deux semaines, non seulement nous n'observons pas, pour la Fièvre typhoïde, l'augmentation ordinaire en cette saison, mais les chiffres sont parmi les plus faibles (18 et 19) que nous ayons observés cette année. Les chiffres observés pendant les trois précédentes semaines étaient 41, 46, 42 décès par Fièvre typhoïde. Il y a donc une décroissance très sensible. Sans y insister plus longuement, nous remarquerons que l'automne de 1866, où la Fièvre typhoïde s'était montré relativement rare présentait une température très douce.

Tandis que la Fièvre typhoïde présente ordinairement son maximum en octobre, la Rougeole y atteint toujours son minimum : cette année ne fait pas exception (14 décès seulement cette semaine et 13 la semaine dernière).

La Diphthérie (20 décès au lieu de 23) présente également en octobre son minimum, et en effet elle n'avait jamais, depuis le commencement de l'année, présenté si peu de victimes qu'à présent.

La Coqueluche (7 décès au lieu de 3), la Variole (2 décès cette semaine et pas de décès la semaine précédente), la Scarlatine (3 décès au lieu de 4) continuent à être rares à Paris.

La Bronchite (16 décès au lieu de 9) et la Pneumonie 43 décès au lieu de 33) ont présenté une légère recrudescence : ce sont surtout les vieillards de plus de 60 ans qui y ont contribué.

L'Athrepsie (gastro-entérite des jeunes enfants) paraît s'être momentanément arrêtée dans le mouvement de décroissance que nous remarquions depuis plusieurs semaines (95 décès au lieu de 85).

Le service de Statistique a reçu cette semaine avis de 2 décès causés par « choléra nostras » d'après les médecins de l'état civil ; dans l'un des deux cas, le diagnostic a été confirmé par le médecin traitant.

Le service de Statistique a reçu communication de 435 mariages (nombre élevé ainsi qu'il arrive toujours dans la semaine qui précède le jour où se paient les loyers), et de 1,188 naissances d'enfants vivants (603 garçons et 585 filles) dont 846 légitimes et 342 illégitimes ; parmi ces derniers, 46 ont été reconnus par les deux parents ou par l'un d'eux

Dr Jacques BERTILLON.
Chef des Travaux de la Statistique municipale de la Ville de Paris.

COURRIER

NOMINATION. — Par décret en date du 7 octobre 1884, a été nommée au grade de chevalier de la Légion d'honneur Mme de Saint-Jullien (Anne-Marie), supérieure des filles de charité de Saint-Vincent-de-Paul, supérieure de l'hôpital militaire de Marseille (trente ans de service à cet hôpital). A reçu, en 1865, du ministre de la guerre, à la suite de l'épidémie de choléra, une lettre de félicitations.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs

Sommaire

BULLETIN

Nous recevons d'intéressantes nouvelles d'une des Sociétés locales dont se compose l'Association générale des médecins de France.

On n'a pas oublié qu'au mois de mai dernier le Conseil général avait adressé à toutes les Sociétés un questionnaire uniforme, pour connaître exactement l'opinion qui règne sur les Syndicats.

Afin de répondre au questionnaire, la Société de Saint-Quentin a tenu il y a quelques jours son assemblée générale. Comme il n'y a pas de Syndicats dans cette région, nos confrères Saint-Quentinois n'avaient aucune réponse directe à faire aux questions qui leur étaient posées. Mais ils avaient le droit d'exprimer leur sentiment au sujet des Syndicats. Sur la proposition de M. le docteur Surmay (de Ham), l'assemblée a émis à l'unanimité un vœu motivé en faveur de l'institution d'un Ordre des médecins, et l'auteur de la proposition est chargé de porter ce vœu, l'année prochaine, à l'assemblée générale de Paris.

La réunion a été suivie d'un banquet, et là M. Surmay a porté un toast où il a dit sa manière de voir sur les Syndicats. Le toast a reçu le même accueil que la proposition de vœu, et c'est ainsi que tous deux expriment les sentiments de nos confrères de l'arrondissement de Saint-Quentin et peuvent être considérés comme leur réponse au Conseil général.

Nos lecteurs n'ont pas oublié l'important travail où M. Surmay proposait la création d'un Ordre des médecins (*Union médicale*, numéro du 15 mars et suiv.). L'approbation qu'il vient de rencontrer l'encouragera naturellement dans la campagne qu'il a entreprise. Désormais il n'est plus seul, car il représente une Société locale. Il est vrai que nous en avons quatre-vingt-seize; mais nous croyons savoir que dans quelques-unes sera émise une proposition analogue. Plusieurs doivent se réunir dans le courant de ce mois pour formuler leur réponse au questionnaire; nous n'hésitons pas, en publiant le toast et le vœu de M. Surmay, à leur proposer l'exemple de la Société de Saint-Quentin.

Vœu émis, sur la proposition du docteur Surmay, par l'Association des médecins de l'arrondissement de Saint-Quentin, dans l'Assemblée générale du 6 octobre 1884.

L'Association des médecins de l'arrondissement de Saint-Quentin,

Considérant que, depuis la suppression de l'ancienne Faculté de médecine, la profession médicale manque d'une constitution qui, au regard de la Société, soit une garantie d'honorabilité et de moralité aussi nécessaire que le savoir lui-même au bon exercice d'une profession dont la Société attend le plus précieux de tous les services, — et, au regard de la profession médicale, soit une sauvegarde efficace de ses intérêts moraux et matériels ;

Que les médecins n'ont cessé de réclamer sous diverses formes le rétablissement d'une pareille institution ;

Qu'ainsi sont nées les Associations de prévoyance et de secours mutuels entre médecins et plus tard les Syndicats ;

Que les Associations, tout en étant la moralisation et la protection en même temps que l'assistance, n'ont de ferme efficacité qu'en matière d'assistance ;

Que les Syndicats, s'ils se bornent à poursuivre seulement la satisfaction des intérêts matériels de la profession, s'exposent à l'abaisser au lieu de la relever, et, s'ils ont en vue également les intérêts moraux, font double emploi avec les Associations et n'y réussiront pas mieux qu'elles ; que, par la concurrence que la nouvelle loi sur les syndicats

professionnels leur permettra de faire aux Associations, ils sèmeront la division dans le corps médical et contribueront ainsi à son amoindrissement ;

Que la cause de cette impuissance des Associations et des Syndicats en matière de moralisation réside dans l'absence d'obligation et de sanction légales ;

Que le même défaut d'obligation et de sanction légales ne donne qu'une autorité précaire et à peu près illusoire aux résolutions et décisions des Associations et des Syndicats en matière d'intérêts matériels ;

Que les intérêts moraux de la profession ne peuvent obtenir entière satisfaction que d'une autorité légale, autonome et souveraine ;

Qu'il en est de même des intérêts matériels, pour lesquels cette autorité autonome serait, dans des limites déterminées par la loi, une juridiction spéciale,

Emet le vœu,

Qu'il soit institué un Ordre des médecins représenté par des chambres médicales d'arrondissement élues et par un Conseil général de l'Ordre également élu, et qu'à cette institution soit déléguée par la loi une autorité souveraine sur tout ce qui concerne l'honneur et la dignité professionnelle et les rapports des médecins entre eux, autorité allant jusqu'au pouvoir d'interdire l'exercice de la médecine et renfermée dans des limites déterminées par la loi en ce qui regarde les intérêts matériels dans leurs rapports avec le public,

Conformément au vœu émis par le *Congrès médical* de 1845, et dans le sens du projet proposé par le docteur Surmay, développé dans le journal l'*Union médicale* en 1884 et succinctement énoncé dans la dernière assemblée générale de l'Association des médecins de France.

Toast porté par le docteur Surmay au banquet de l'Association des médecins de l'arrondissement de Saint-Quentin, le 6 octobre 1884.

Messieurs,

S'il fut jamais à propos de boire à la santé de l'Association générale des médecins de France, c'est bien aujourd'hui. Les Syndicats mènent grand bruit, comme vous savez, et, sans la menacer, ils peuvent être pour l'Association l'occasion de graves embarras.

Ce n'est pas que les syndicats soient bien différents des associations, ou qu'ils vaillent mieux qu'elles. J'ai eu sous les yeux les statuts de plusieurs et des principaux parmi eux : ils sont copiés sur ceux des associations, à la différence qu'ils ne s'occupent pas d'assistance et que les associations non seulement s'en occupent, mais la donnent. On trouve bien dans ces statuts des tarifs d'honoraires, des conventions relatives au recouvrement de ces honoraires et aux rapports des médecins entre eux, des époques de réunions plus rapprochées que les nôtres. Mais, sans l'avoir mis en détail dans leurs statuts, les associations font tout cela, et, je crois pouvoir le dire, souvent avec une plus sage circonspection et toujours avec une plus grande autorité que les Syndicats. Il n'y a pas jusqu'aux réunions soit partielles, soit générales, qu'il ne soit au pouvoir des Associations de rapprocher autant qu'elles le jugent utile.

Enfin la personnalité civile et l'extension du droit d'hériter que la loi nouvelle vient d'accorder aux Syndicats professionnels, les Sociétés de secours mutuels ne tarderont probablement pas à l'obtenir. Au point de vue des intérêts professionnels, Associations et Syndicats, c'est donc, si vous me permettez cette licence, *jus vert* et *vert jus*. Illusion de malade qui, lassé de souffrir, couché sur un côté, se retourne sur l'autre, croyant s'y trouver mieux.

Les Syndicats sont à l'âge heureux des illusions ; nous avons passé par-là et nous en sommes revenus ; ils en reviendront comme nous. Mais, jusque-là, par la concurrence qu'ils pourront faire aux Associations, ils auront peut-être semé la division dans le corps médical, et ce sera un malheur difficilement réparable.

Voilà pourquoi, messieurs, sans montrer envers eux une hostilité systématique, puisqu'en définitive notre but est commun, nous ne devons pas encourager les Syndicats.

Nous devons tout notre appui à l'Association, ne fût-ce qu'en reconnaissance du bien qu'elle a déjà fait. Elle ferait plus encore, si nous nous efforcions de lui donner tous les développements dont elle est susceptible, et c'est ainsi que les Syndicats eux-mêmes, s'ils voulaient consentir à n'être qu'une dépendance des Associations, pourraient l'y aider.

Mais tout le bien qu'on attend des Associations et des Syndicats, tous les *desiderata* du corps médical, Associations et Syndicats sont impuissants à les donner. Il faudrait pour cela qu'ils devinssent les auxiliaires comme les organes d'une institution plus large et supérieure, ayant pour appui et pour arme l'obligation et la sanction légales.

J'ai nommé l'Ordre des médecins. N'en doutez pas, messieurs, c'est cette institution, c'est l'autonomie du corps médical qui seule sera capable de mener à complet achèvement le relèvement moral et matériel de notre profession.

Je vous remercie d'avoir tout à l'heure émis le vœu que je vous proposais en faveur de cet établissement si désirable. Je vous invite maintenant à boire à l'Association générale des médecins de France et à l'avénement de l'Ordre des médecins.

Nous ignorons, pour notre part, si la création d'un Ordre des médecins est possible, mais nous souhaitons vivement qu'elle le devienne, car jamais le corps médical n'en eut un plus urgent besoin. Nous l'avons dit à l'époque où M. Surmay nous confia son travail, si l'Ordre des médecins n'est pas destiné à rendre les hommes parfaits, il pourrait du moins les tenir en bride et les améliorer. Il corrigerait nombre d'abus et prendrait dans sa main des intérêts qui en ce moment vont à la dérive. L.-G. R.

BIBLIOTHÈQUE

Atlas universel de géographie moderne, ancienne et du moyen age, etc., avec un texte analytique, par M. Vivien de Saint-Martin, Président honoraire de la Société de géographie de Paris, etc. — 2e livraison. — Librairie Hachette.

Dans des articles précédents, j'ai insisté sur cette pensée, que les notions géographiques sont d'une incontestable utilité dans toutes les conditions sociales, à tous les points de vue de la vie, et en particulier dans le champ des études de la médecine. C'est cette pensée qui m'a conduit à signaler aux lecteurs de l'*Union médicale* le remarquable et utile *Dictionnaire de géographie* de M. Vivien de Saint-Martin ; et, comme les faits décrits ont généralement besoin d'être fixés dans l'esprit par la vue —... *oculis subjecta fidelibus* — et que, d'ailleurs, aucune étude de géographie ne peut être faite sérieusement sans la représentation des pays sur lesquels on veut faire des recherches, je me suis fait un devoir d'annoncer le magnifique atlas du même auteur, dont j'ai analysé la première livraison.

La seconde, que j'ai sous les yeux, nous donne une deuxième carte du ciel, la Suisse, et le royaume de Grèce.

La planche consacrée à la *géographie astronomique* comprend 1° l'orbite annuelle que la terre décrit autour du soleil ; 2° l'orbite de la lune ; 3° deux figures qui donnent une idée des dimensions relatives, premièrement du soleil et de la terre, secondement du soleil et de la lune. Cette planche est l'objet d'explications destinées à en bien faire comprendre les dessins. On remarquera de plus une figure spéciale qui montre comment l'ombre et la pénombre se promènent à la surface du globe terrestre pendant la durée d'une éclipse solaire, et quelles sont ainsi les limites des lieux où il y a éclipse totale ou éclipse partielle. — Cette planche est extrêmement belle.

La Suisse est représentée en grande partie d'après la carte en 25 feuilles du général Dufour, mais l'auteur a pu en compléter le dessin par d'importantes rectifications. Ce dessin offre les reliefs de cet intéressant pays d'une manière saisissante ; nous aimons à y suivre les origines du Rhône, le grand fleuve français. La carte de la Suisse est intéressante pour une multitude de touristes, de savants, de voyageurs de toute sorte. Ils y trouveront tous les renseignements dont ils peuvent avoir besoin.

Et la Grèce ! comme elle est belle dans nos souvenirs, — belle aussi sur ce papier... mais hélas ! seulement dans nos souvenirs et sur ce papier. Sur ce papier, en effet, elle ne laisse rien à désirer. C'est une image charmante donnant des contours, les reliefs, les villes, les cours d'eau, etc. — Tout près, une partie de la Turquie, l'île de Crète.

L'Atlas de M. Vivien de Saint-Martin est le complément de son dictionnaire ; jusqu'à présent les cartes qui le composent sont des modèles d'élégance et de clarté. Ce jugement est celui qui a été porté par tous les juges compétents ; aussi est-ce sans hésiter que nous le transmettons à nos confrères. Dr G. Richelot père.

De l'alcool, sa combustion, son action physiologique et son antidote, par M. le docteur Jaillet. — Paris, 1884; O. Doin.

Trois théories prétendent expliquer les modifications que l'alcool subit dans l'organisme. De leurs partisans, les uns avec Royer-Collard, Magendie, Tiedman, Perrin,

Duroy et Lallemand, admettent l'élimination du liquide en nature par divers émonctoires. D'autres, avec Bouchardat et Sandras, Liebig, Duhek et Mialhe, regardent la transformation de l'alcool en eau et acide carbonique, c'est-à-dire sa combustion dans l'organisme, comme la seule explication de l'élimination de ce produit hors des tissus.

Enfin, avec la théorie mixte adoptée par Hugo Schulnuzs, en 1866, Gübler, Anstie, Lauder Brunton, Lussana et Albertini, une portion de l'alcool est éliminée en nature et une autre portion plus considérable est détruite dans l'organisme.

C'est à la démonstration expérimentale, au moyen des procédés de l'analyse chimique, que M. Jaillet consacre la première partie du mémoire actuel. Le dédoublement de l'alcool a lieu dans le sang et a pour agent l'hémoglobine oxygénée, corps dont les propriétés réductrices sont bien établies.

Cette transformation chimique a donc lieu dans les hématies et a pour conséquence : la formation d'acide carbonique. Mais cette transformation n'est pas directe. Entre l'alcool qui s'oxyde et l'acide carbonique qui s'élimine, il existe une modification intermédiaire, l'acide acétique. Celui-ci n'est pas mis en liberté ; sa combustion est immédiate et donne lieu à la production d'acide carbonique.

M. Jaillet a recherché également l'alcool en nature dans les tissus viscéraux : rate, muscle, cerveau et foie. Au moyen d'une instrumentation ingénieuse il a donc pu isoler l'alcool en nature.

L'étude physiologique de l'alcool fait l'objet des autres chapitres et conduit l'auteur à examiner la question thérapeutique de l'antagonisme de l'alcool et de la strychnine ; cet antagonisme a été démontré par MM. Amagat, Luton et Magnus Huss. L'emploi thérapeutique de cette substance est dans la médication que M. Jaillet recommande pour combattre les phénomènes mortels de l'alcoolisme aigu. Elle excite les centres cérébro-spinaux que l'alcool paralyse. Les doses doivent être élevées, et dans l'empoisonnement alcoolique aigu, l'auteur recommande de débuter par une injection de 1 centigramme de strychnine, suivie elle-même d'autres injections de 1/4 de centigramme qu'on renouvellera toutes les trois heures jusqu'à manifestation de phénomènes réflexes. Simultanément on doit réchauffer le malade et pratiquer des inhalations d'oxygène.

Le mémoire de M. Jaillet est donc riche en faits expérimentaux et cliniques. Il honore à la fois l'auteur et les maîtres qui en ont été les inspirateurs. — C. L. D.

REVUE DES JOURNAUX

Journaux anglais et américains.

De l'anémone pulsatille dans le traitement de l'épididymite aiguë, par le docteur Borcheim. — Plusieurs succès ont été publiés dans les journaux étrangers relativement à l'emploi de la teinture d'anémone pulsatille dans le traitement de l'épididymite aiguë; le docteur Borcheim vient ajouter aujourd'hui son témoignage en faveur de ce traitement. Ayant expérimentalement administré la pulsatille dans des cas d'épididymite aiguë qu'il avait toujours autrefois traités par les méthodes usuelles, l'auteur déclare que la pulsatille non seulement apporte un soulagement plus rapide que ne le fait le traitement ordinaire par le repos, les cataplasmes, les cathartiques, etc., mais que l'un des plus grands avantages que ce nouveau traitement présente sur l'ancien est, chose incroyable, de ne pas exiger le repos complet du malade au lit.

Dans ces derniers 18 mois, le docteur Borcheim n'a pas traité moins de 24 cas d'épididymite aiguë, tous en plein stade d'acuité, et, sans tenir ses malades au lit, ce à quoi les jeunes hommes se résolvent avec le plus de répugnance, bien que ce soit précisément à ce repos que les méthodes anciennes doivent la meilleure part de leurs succès ; l'auteur a vu la pulsatille soulager la douleur dans les trois premiers jours du traitement ; seul le port d'un suspensoir dans ce cas est absolument nécessaire. La préparation de pulsatille dont le docteur Borcheim s'est servi, est la teinture de pulsatille de Bœrcke et Tafel de New-York.

La dose est de deux gouttes toutes les deux heures. Il n'y aurait aucun avantage à augmenter les doses en les espaçant. (*Pulsatilla in Acute Epididymitis*, — *Journal of Cutaneous and Venereal diseases*. Avril 1884.) — L. Dn.

Traitement du varicocèle, par P. C. Clark. — Glasgow, *Med. Journal*, september 1884. — Dans tous les livres classiques et dans tous les cours de chirurgie il est d'usage de recommander aux élèves d'éviter avec soin l'erreur qui consiste à prendre un varicocèle pour

une hernie, ce qui aboutit à aggraver le varicocèle par l'application d'un bandage inguinal. Dans ses *Notes cliniques* publiées *in extenso* dans le *New-York medical Journal* de 1884, le docteur P. C. Clark avance que le meilleur traitement de cette ennuyeuse et gênante affection consiste dans l'application d'un bandage fa iblement serré. Ce moyen n'aurait jamais failli entre les mains de l'auteur qui s'en est servi « des vingtaines de fois » non seulement pour le plus grand soulagement des malades, mais pour la cure radicale du varicocèle, hormis dans les cas rares où le varicocèle était par trop développé. Le mode d'action du bandage doit consister dans la pression qu'il exerce sur les veines spermatiques, la plaque du bandage remplaçant par son action les valvules insuffisantes, soutenant la colonne sanguine située en aval, colonne qui par son poids tend à descendre, à augmenter les obstacles au cours du sang en amont et à peser sur les testicules situés en dessous et doués de la sensibilité que l'on sait. Ce détail de pratique, dit l'auteur, est le plus important, parce que l'affection est une de celles qui peuvent conférer au malade un de ces troubles généraux en vertu duquel le malade se sent « tout chose », et que ce malaise général peut inspirer au malade et quelquefois même au chirurgien l'idée de la présence d'une maladie qui n'existe pas. L'auteur, extrêmement confiant dans l'efficacité des bandages inguinaux, ajoute que, quand le moment sera venu, il publiera une liste des cas de maladies de Bright, d'affections du cœur, de dyspepsie, d'hypochondrie, « en fait de presque toutes les maladies, excepté les déviations utérines et les déchirures du col » qu'il a pu guérir par la pression douce d'un bandage sur les veines spermatiques à leur entrée dans le canal inguinal. L'auteur ajoute : « J'ai été mon premier cas à moi-même ». — L. Dn.

De la néphrotomie avant la néphrectomie, par Clément Lucas. — L'auteur appelle l'attention sur l'importance de la néphrotomie comme opération préparatoire de la néphrectomie. Non seulement, dit-il, l'ouverture et le drainage de la poche purulente procurent tout d'abord un rapide soulagement au patient et peuvent en beaucoup de cas suffire, à eux tous seuls, à amener la guérison, mais encore la néphrectomie, si elle est rendue ultérieurement nécessaire, n'en est que moins dangereuse. On a donc tout à gagner à faire précéder la néphrectomie de la néphrotomie. On soulage d'abord le malade rapidement au prix d'une opération sans conséquence comme l'est la néphrotomie, on risque de guérir son patient de suite et presque sans coup férir, et enfin, si par la suite des événements on est amené à décider l'ablation de la glande malade, cette ablation offre de plus grandes chances de succès, se pratiquant sur un organe réduit et atrophié.

Dans son travail, l'auteur rapporte six cas de néphrectomie précédés du drainage du rein, et ces six cas lui ont donné six succès, tandis que dans tous les cas de néphrectomie réunis diminués de ces derniers six cas et dans lesquels l'ouverture et le drainage de la poche purulente (il s'agissait de pyélonéphrite) n'ont pas précédé l'opération, la mortalité n'a pas été moindre de 50 p. 100.

Il est facile de prévoir cette différence dans les résultats ; car, en dehors des accidents qui peuvent résulter des efforts faits pour extirper une poche pleine de pus, large et adhérente, il est évident qu'on devra exposer une bien plus grande surface au traumatisme opératoire pour enlever un rein distendu qu'on ne le ferait pour enlever un rein atrophié. De plus, la néphrotomie et le drainage permettent au malade de réparer ses forces avant de subir l'opération principale. (*Nephrotomy before Nephrectomy. British med. Journal, march* 22, 1884.) — L. Dn.

Traitement du glaucôme chronique par la sclérotomie, par Lindsay Johnson.—La méthode ordinaire de traitement du glaucôme par l'iridectomie, très précieuse dans les formes aiguës de la maladie, est néanmoins très incertaine et presque inutile, quand il s'agit des formes chroniques.

Les récents progrès réalisés dans l'anatomie pathologique et dans la physiologie du glaucôme permettent de comprendre l'impuissance de l'iridectomie dans le glaucôme chronique. Cette impuissance tient aux modifications graduelles et lentes qui se produisent dans le corps ciliaire et dans les lésions qui circonscrivent la chambre postérieure de l'œil, modifications qui consistent surtout dans la production d'un tissu conjonctif pathologique, dont la rétraction tend à rétrécir et à obturer les espaces où circule la lymphe, à établir des adhérences entre le grand cercle de l'iris et la cornée, d'où impossibilité d'enlever complètement la base du lambeau iridien compris dans l'iridectomie.

Le docteur Johnson recommande une longue paracenthèse de la sclérotique pratiquée avec un couteau à double tranchant de Wenzel modifié. Le point de pénétration du couteau doit être situé à 4 millimètres du bord sclérotico-cornéen.

La lame est conduite dans la chambre antérieure jusqu'à un demi-inch de longueur (environ 1 centimètre 3 millimètres), le plat de la lame étant tenu légèrement oblique

par rapport au grand axe de l'œil. La lame est ensuite retirée avec beaucoup de lenteur et de précautions. On applique un bandage sur l'œil jusqu'à cicatrisation de la plaie. Les statistiques apportées par l'auteur et quelques ophthalmologistes sont favorables à ce nouveau mode de traitement du glaucôme chronique. (*A new method of treating chronic glaucoma, based on recent researches into its pathology*, par Georges Lindsay Johnson, avec illustrations, chez Lewis, Londres.) — L. Dn.

La laparotomie dans l'obstruction intestinale, par SCHRAMM. — Schramm, en rapportant trois cas de laparotomie pour l'obstruction intestinale pratiquée par Miculicz, a pu rassembler 190 observations de laparotomie dans des cas d'occlusion de l'intéstin. Sur ce nombre, il y eut 64,2 p. 100 d'insuccès ; mais les recherches de Schramm montrent que pendant ces dix dernières années la mortalité s'est abaissée pour des cas analogues à 58 p. 100, au lieu de 93 qu'elle avait été à une époque antérieure. Ce progrès de 15 p. 100 de succès est dû certainement au perfectionnement de la technique opératoire et des précautions antiseptiques. Comme la cause de la mort est souvent une tendance au collapsus, l'indication est manifeste d'opérer de bonne heure, avant l'affaiblissement du patient et avant le développement de la péritonite. Ceci est spécialement urgent dans l'invagination infantile, où on ne peut guère espérer obtenir un résultat favorable que si l'opération est faite dans les vingt-quatre ou quarante-huit heures ; ce temps écoulé, les surfaces en contact contractent des adhérences dont on ne saurait espérer avoir raison. Chez l'adulte, si les symptômes d'étranglement ne sont pas très sévères, il peut être bon d'attendre jusqu'au moment où les forces déclinent.

Lorsque le siège de l'obstruction est inconnu, l'incision sur la ligne médiane est préférable. Si on ne peut détacher l'invagination, la partie invaginée peut être l'objet d'une douce pression qui tende à la faire sortir, tandis que l'on opère une légère traction sur le bord inférieur. Dans les cas où ce dégagement de la portion invaginée est difficile, on peut, suivant le conseil d'Hutchinson, la comprimer fortement de façon à en réduire le volume avant d'exercer aucune traction.

Dans les invaginations étendues et irréductibles du gros intestin, dans lesquelles la partie invaginée est déjà envahie par la nécrose, il est bon de pratiquer d'abord un anus artificiel au-dessus du siège de l'obstruction et d'attendre alors la séparation spontanée du segment nécrosé. Quand, tout en étant irréductible, l'intussusception ne comprend qu'une courte portion de l'intestin grêle ou du gros intestin, Schramm conseille la résection du segment intéressé avec suture totale des deux bouts opposés. Ce dernier plan peut être utilisable dans les cas de carcinome intestinal.

Quand on ne peut arriver à découvrir le siège de l'obstruction, malgré les recherches faites dans les régions où elle se fait de préférence, voici le plan de conduite qu'il faut tenir : saisissant l'anse d'intestin qui se présente, un aide la tient fixe entre les lèvres de l'ouverture abdominale, tandis que l'opérateur, prenant cette anse comme point de départ, tire l'intestin au dehors, peu à peu, en suivant toujours le tractus intestinal dans la même direction et rentrant dans l'abdomen avec la même méthode l'anse intestinale qui vient d'être examinée, à mesure que la suivante est à son tour amenée au dehors. Si par l'aspect de l'anse intestinale (rougeur, dilatation) le chirurgien est amené à penser qu'il s'éloigne du siège de l'obstruction, il revient au point de départ, à la partie de l'anse que l'aide maintient toujours, et de là dirige ses recherches dans une direction opposée. Si on rencontre une bride qui étrangle l'intestin, on la liera, si possible, tout près de ses insertions et on la réséquera complètement. Si on tombe sur un volvulus inextricable, on peut adopter une des méthodes proposées pour rétablir la continuité du tractus intestinal. Dans un cas de ce genre, Reali sectionna l'anse auprès du nœud qu'il put alors dénouer, puis fit la suture des deux bouts. Le malade guérit. On peut aussi suturer les deux bouts contigus du canal intestinal au-dessus et au-dessous du nœud après la résection de cette portion étranglée, d'après la méthode décrite par Wœlfer dans son opération de la gastro-entérotomie. Si l'anse est déjà gangrenée, on ratique la résection de l'anse et la suture des deux bouts ou bien l'établissement d'un anus artificiel, si c'est le gros intestin qui est intéressé.

Schramm s'élève contre le conseil de Maisonneuve de faire l'entérotomie sans essayer de trouver le siège et la cause de l'obstruction ; on risque en effet d'ouvrir le canal intestinal trop haut ou bien au-dessous du siège de l'étranglement, et le malade reste exposé à tous les accidents que cet étranglement provoque. (*Laparotomy in obstruction of the intestine. Boston medical and Surgical Journal*, 7 août 1884.) — L. Dn.

Blessures du canal thoracique, par BOEGEHOLD. — Boegehold rapporte un cas de plaie du canal thoracique faite pendant l'ablation d'une tumeur maligne du cou. Une simple compression suffit pour arrêter l'écoulement de la lymphe et la plaie put se cicatricer.

L'auteur a réussi à montrer, chez deux sujets dont il injecta le canal thoracique, l'existence de troncs collatéraux accessoires qui assuraient la communication du réservoir du chyle avec les veines, si le canal thoracique avait été lésé, comprimé ou lié. (*Arch. für klinische Chir.*, XXIX, 3, p. 443.) — L. Dn.

THÉRAPEUTIQUE

De l'emploi de la peptone phosphatée dans les vomissements incoercibles de la grossesse.

Par le docteur A. Judet, ancien interne des hôpitaux.

Nous ne saurions être trop édifiés sur les services précieux que l'on est en droit d'attendre de l'administration du phosphate de chaux dans la grossesse et pendant l'allaitement.

Il nous semble particulièrement qu'on ne saurait trop le conseiller en pareil cas, toutes les fois qu'il y a chez le père ou chez la mère diathèse scrofuleuse. Par son action propre il constitue pour la mère un véritable aliment d'épargne qui la met à l'abri de toute pénurie osseuse ; de plus, étant un excitant puissant des grandes fonctions de nutrition, il provoque l'assimilation d'albuminoïdes, contribuant de la sorte à fortifier l'organisme et à placer la mère dans les meilleures conditions pour fournir sans fatigue, en même temps que le phosphate calcaire, les éléments protéiques nécessaires au développement de l'enfant.

Nous pourrions apporter beaucoup de faits probants à l'appui de cette théorie, bien indiscutable d'ailleurs, et si nous nous contentons de relater à grands traits l'observation suivante, c'est qu'elle renferme encore un enseignement d'un autre genre.

Observation. — Nous fûmes appelé en août 1882, pour donner nos soins à Mme L... De complexion délicate, lymphatique, cette dame, âgée de 27 ans, est en proie depuis quelques jours à des vomissements incoercibles provoqués par une troisième grossesse arrivée à son troisième mois. Nous pouvons constater un amaigrissement déjà sensible, un peu de fièvre avec soif assez vive. Nous conseillons successivement les moyens essayés en pareils cas : chloral et valérianate de caféine alternés, mouche d'opium sur l'épigastre. Sous l'influence de ce traitement, combiné à une alimentation de facile digestion, il y a bien une légère amélioration qui consiste en ce que les aliments ne sont pas rejetés immédiatement et seulement après qu'il y a eu commencement de digestion. Mais cette amélioration, insuffisante déjà, dure peu et nous retombons rapidement dans la situation antérieure qui, venant à se prolonger, ne manque pas de devenir alarmante. Nous songeons à proposer la cautérisation du col, mais auparavant et comme dernière tentative nous décidons de supprimer toute espèce de médication et d'alimentation pour donner uniquement à la malade, et par petites doses à la fois, une infusion légère d'écorce d'oranges amères additionnée de peptone phosphatée (*Vin de Bayard*), dans la proportion de six cuillerées de cette dernière à faire prendre en vingt-quatre heures. Après quelques légers phénomènes d'intolérance, cette tisane nutritive est finalement gardée et la quantité de peptone portée successivement de six à douze cuillerées. Cette alimentation exclusive fut continuée cinq jours pleins, après quoi on lui adjoignit, peu à peu, des consommés et des potages qui furent très bien tolérés et ne tardèrent pas à faire place à une alimentation aussi substantielle que le réclamait la situation de la malade. Nous lui conseillâmes toutefois de continuer l'usage de cette préparation à la dose de deux à quatre cuillerées par jour, non seulement pendant sa grossesse qui s'acheva de la manière la plus heureuse, mais encore pendant toute la durée de l'allaitement. — Sous l'influence de ce régime, l'appétit se maintint constamment très bon, et Mme L... ne revit plus ces digestions laborieuses dont elle se plaignait fréquemment avant sa grossesse. L'accouchement eut lieu à terme de la manière la plus naturelle, et cette dame mettait au monde, dans le courant de février 1883, un gros garçon bien constitué. Mme L... qui, à son grand chagrin, n'avait pu nourrir elle-même, par insuffisance de lait, ses deux précédents enfants, fut une excellente nourrice pour ce dernier qui, d'autre part, présenta une dentition extrêmement précoce.

Cette observation, qui vient corroborer ce que nous venons de dire sur les avantages de l'administration du phosphate de chaux pendant la grossesse et l'allaitement, témoigne de plus quels bénéfices on peut retirer dans les vomissements incoercibles,

d'une préparation phosphatée très nutritive sous un petit volume, et capable d'être assimilée presque directement et pour ainsi dire sans le concours de l'estomac.

Il est bon de remarquer toutefois que le choix d'un phosphate de chaux ne saurait être indifférent, et c'est le lieu de rappeler que les recherches des physiologistes de ce temps, viennent de démontrer, de la manière la plus formelle, qu'à l'exemple du fer qui n'est assimilable qu'à la condition d'être administré sous la forme d'albuminate, le phosphate de chaux n'est susceptible d'entrer dans l'économie que *combiné à une substance protéique nutrimentive.*

Peptone et phosphate de chaux constituent donc bien une préparation très rationnelle, très physiologique, renfermant les éléments du système osseux et du muscle, fournit sous un petit volume un reconstituant d'une grande puissance, qui, dans notre époque surmenée et de *misère physiologique,* a des indications trop multiples pour que nous puissions les signaler.

Nous n'en citerons qu'une toute d'actualité. Au milieu des théories des épidémiologistes, finalement pleines d'incertitudes et d'obscurités, un seul point paraît acquis : la nécessité d'une hygiène bien comprise et d'une alimentation capable d'affermir l'organisme pour constituer finalement ce qu'on désigne par la non-réceptivité du terrain. Or, d'autre part, après les grandes chaleurs qui donnent lieu à tant d'anorexies et partant à tant d'organismes débilités, n'est-on pas en droit de concevoir qu'on retirera de grands profits d'un produit comme la peptone phosphatée Boujard qui, sagement administrée, augmente la résistance organique de chaque individu et, par là même, doit contribuer à restriendre les terrains favorables à l'ensemencement des germes morbigènes ?

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 octobre 1884. — Présidence de M. Alph. Guérin.

La correspondance comprend :

1° Une note de M. le docteur Gobillot, médecin-major, sur la topographie médicale de Cambrai (renvoyée à la commission des épidémies);

2° Une lettre de M. le docteur Pigeon, de Fourchambault (Nièvre), demandant à lire à l'Académie un travail tendant à prouver que rien n'autorise à croire que le choléra est contagieux, infectieux et susceptible d'être importé. (Présenté en séance par M. Jules Guérin.)

M. Ernest Besnier présente à l'Académie : 1° de la part de M. le docteur Doyon, membre correspondant, un ouvrage intitulé : *Uriage et ses eaux minérales.* (Deuxième édition.) — 2° De la part de M. le docteur Baratoux, secrétaire de la Société française d'otologie et de laryngologie, les *Bulletins* et *Mémoires* de ladite Société.

M. de Villiers dépose sur le bureau de l'Académie les pièces de la correspondance qui lui ont servi à établir le rapport lu à la dernière séance sur le choléra.

M. Dechambre dépose un travail de M. Onimus : L'*Influence de l'ozone sur le choléra.*

M. Ball présente la traduction française, due à M. le docteur A. Sordes, d'un mémoire de M. le docteur Dyce Duckworth, médecin assistant à l'hôpital Saint-Barthélemy, sur la *théorie nerveuse de la goutte.*

M. Tillaux fait hommage à l'Académie de la quatrième édition de son *Traité d'anatomie topographique.*

M. Armand Gautier donne lecture des résultats d'une enquête faite par lui au sujet des eaux de Paris. Il se résume de la façon suivante :

« Au point de vue le plus grave et le plus pressant, l'Administration de la ville de Paris s'est mise en mesure de fournir à la banlieue, alimentée jusqu'ici par les eaux infectées de la prise d'eau de Saint-Denis, 8,000 mètres cubes d'eau de Seine prise en amont.

« Elle a fait établir aux abords de toutes les rues où il n'y a pas de double canalisation, des fontaines à repoussoir alimentées en eau de source. Au point de vue des égouts et de l'assainissement du fleuve, MM. les ingénieurs du département viennent de présenter au Conseil général un projet de double égout collecteur longeant parallè-

lement les deux rives de la Seine et allant déboucher à Achères. Ces deux égouts draineront toutes les déjections de Paris et de ses usines depuis et avant Ivry. Enfin, dans sa dernière séance, le Conseil municipal s'est montré favorable à l'exécution prochaine d'un nouvel aqueduc destiné à doubler l'alimentation de Paris en eau de source. Les études déjà faites permettent de compter sur plus de 150,000 mètres cubes d'eau par jour. »

M. Marey lit un long et très important travail ayant pour titre : *De la Contamination des eaux comme source de la propagation du choléra.*

L'examen des documents recueillis sur les épidémies du choléra montre, dit l'auteur, que la contamination des eaux joue un rôle très important dans la propagation de cette maladie.

Cette idée de la contagiosité par les eaux est largement répandue dans le peuple, qui la traduit parfois brutalement en disant que les puits sont empoisonnés.

Depuis les anciennes épidémies de l'Inde, jusqu'à celles qui ont été observées dans nos plus petits villages, on peut souvent suivre l'action des eaux pour le transport et la propagation du choléra. Cette influence est à chaque instant signalée par les observateurs, mais c'est aux vapeurs de ces eaux, aux brouillards qui en émanent, à l'humidité qu'elles entretiennent dans leur voisinage qu'est attribuée leur fâcheuse influence.

Presque jamais, dans les observations françaises du moins, on ne tient compte du danger qu'il y a d'introduire dans l'organisme humain les germes du choléra par l'ingestion des eaux contaminées.

Cette idée de la transmission du choléra par les eaux a été émise et démontrée par le docteur Blanc, chirurgien-major dans l'armée britannique. Le docteur Snow avait déjà relaté l'observation mémorable d'un quartier tout entier de Londres dans lequel le choléra avait été introduit, distribué en quelque sorte dans chaque maison avec les eaux potables, contaminées à leur source.

M. Marey a entrepris à ce sujet des recherches dont il vient exposer les résultats.

Il fait observer d'abord que la transmission du choléra par les eaux rend compte de certains faits inexplicables par le seul transport des germes dans les poussières atmosphériques.

Le choléra suit fréquemment les cours d'eau et se propage souvent dans le sens du courant. Il existe de nombreux exemples de séries de villages riverains d'un cours d'eau et envahis à des dates successives dans le sens même du courant.

Une carte dressée d'après une statistique de Noirot, pendant l'épidémie de 1854, dans le département de la Côte-d'Or, montre comment, sur le trajet de deux petites rivières, la Tille et la Bèze, qui se jettent dans la Saône, le choléra apparut à des dates successives en suivant le cours de l'eau.

Cette influence nocive des eaux implique nécessairement que les habitants des villages infectés en aient fait usage pour leur boisson.

Quant à la contamination du ruisseau lui-même, elle s'explique aisément par la vicieuse habitude qu'ont les gens de la campagne de répandre au hasard les déjections cholériques. Entraînées par les pluies, ces matières souillent nécessairement les cours d'eau, les fontaines et les puits peu profonds. L'influence mystérieuse des orages sur l'apparition des épidémies ou sur l'accroissement de la mortalité n'a plus rien qui étonne.

La production des foyers épidémiques localisés dans certaines rues ou dans certaines maisons semble être la conséquence nécessaire de la contamination des eaux potables.

L'immunité de certaines villes alimentées par des eaux de sources ou par des torrents rapides s'explique par la pureté même de ces eaux.

Enfin la marche de l'épidémie dans les prisons, les couvents, les établissements d'instruction, les asiles d'aliénés, montre que ces établissements, généralement fermés aux causes de transmission de l'épidémie par les personnes venant du dehors, sont très souvent indemnes.

Mais, si un cours d'eau les traverse, ou si une canalisation leur apporte de l'eau souillée pour les usages alimentaires, tous les habitants de ces établissements sont soumis à l'influence nocive et le choléra fait parmi eux les plus grands ravages.

Enfin, l'intensité graduelle de la pollution des eaux croissant avec le nombre même des malades et la répétition quotidienne des influences nuisibles, ne saurait-elle expliquer la gravité croissante des troubles digestifs qui s'observent sur la population entière d'un pays avant l'explosion du choléra confirmé ? Ces constitutions médicales à gravité progressive ne seraient-elles pas l'expression d'une augmentation graduelle dans la proportion des éléments contagieux contenus dans les eaux potables ?

L'auteur passe en revue les documents qui établissent d'une manière irréfragable l'influence de la contamination des eaux potables sur la propagation des épidémies de

choléra, documents empruntés soit à l'étranger, soit à la France ; il expose ensuite les recherches personnelles auxquelles il s'est livré lui-même. Il a eu la bonne fortune de trouver relativement à sa ville natale des renseignements statistiques assez complets ; même un petit plan de la ville de Beaune joint au rapport sur la marche que le choléra y a suivie en 1849.

Il résulte des statistiques recueillies dans l'arrondissement de Beaune que cette ville est un remarquable exemple de propagation du choléra par l'eau de la petite rivière qui la traverse. De même dans le village de Meursault, situé dans les environs de Beaune, l'épidémie fut propagée par suite de l'habitude qu'avaient les habitants de faire usage de l'eau de la même rivière pour les besoins domestiques. D'autres villages furent dans le même cas. Partout dans les observations faites à ce sujet, on trouve des formes variées de contamination des eaux potables et, en correspondance avec ces formes, des foyers épidémiques de caractères différents ; vastes surfaces jonchées de morts, quand une canalisation y distribue des eaux souillées par les déjections cholériques ; enclaves de faible mortalité pour les quartiers alimentés d'eau pure ; épidémies de rues le long d'égouts dont les eaux infectes s'infiltrent dans les puits ; groupes de maisons atteintes autour d'un puits contaminé, ou le long d'un cours d'eau dont on peut suivre l'influence dangereuse tout le long de son parcours.

La transmission du choléra par les eaux souillées se montre donc avec une évidence suffisante et on voit que ce mode de transmission prédomine sur tous les autres, puisque, à lui seul, il règle la place où se développent les foyers épidémiques. Et si l'on considère que ces observations ont été recueillies dans des conditions mauvaises, avec des document incomplets, souvent d'après des souvenirs, ne doit-on pas espérer que des recherches futures dirigées sur des points soigneusement spécifiés seront encore plus fructueuses ?

L'auteur termine par l'exposé des renseignements qu'il a recueillis sur la marche de l'épidémie de choléra en Italie et qui démontrent, suivant lui, de la manière la plus évidente, l'influence des eaux potables sur le développement de ces épidémies. On a donc le droit, dit-il, dès maintenant, d'affirmer que parmi les influences multiples qui peuvent transmettre le choléra, il en est une qui, pour son intensité, paraît dominer toutes les autres, c'est la souillure des eaux livrées à l'alimentation publique.

« Assurer, dans chaque localité, la pureté de ces eaux potables devra être la première préoccupation des hygiénistes, le premier devoir de l'administration. » (Applaudissements nombreux et prolongés.)

M. Jules Guérin dit que la communication de M. Marey est trop importante pour qu'elle soit mise en discussion avant d'être imprimée au *Bulletin ;* il demande donc que la discussion soit renvoyée après cette publication.

M. Léon Le Fort rappelle un fait de propagation du choléra par les eaux potables, analogue à ceux que M. Marey a fait connaître. Il l'a consigné, en 1866, dans un article paru dans la *Gazette hebdomaduire.* Le fait s'est passé à Londres pendant l'épidémie de 1865. Le choléra s'était déclaré dans un quartier de la ville, puis on le vit éclater tout à coup dans un autre quartier très éloigné de celui qui avait été primitivement atteint. L'enquête qui eut lieu à ce sujet montra que les habitants des maisons atteintes par l'épidémie étaient tous abonnés à une Compagnie des eaux, laquelle prenait l'eau qu'elle distribuait à ses abonnés à proximité du quartier où l'épidémie s'était d'abord manifestée et qui était à une grande distance de celui qui fut ainsi secondairement atteint.

M. Marey dit qu'il faudrait, dans l'enquête à laquelle doit se livrer la commission nommée à cet effet, joindre à la topographie de l'épidémie une statistique nominative des maisons où le choléra se serait déclaré.

M. Dujardin-Beaumetz demande à quoi aboutirait une pareille enquête, au point de vue de la question de la propagation de l'épidémie par les eaux potables, puisqu'il n'est pas possible de savoir au juste quelle est l'espèce d'eau que l'on boit dans tel ou tel quartier, dans telle ou telle maison de Paris, eau de source ou eau de Seine, attendu qu'à chaque instant la Compagnie des eaux substitue l'eau de Seine à l'eau de source, à l'insu des consommateurs.

M. Marey répond qu'en effet ce ne pourra être que dans les établissements fermés, asiles, prisons, établissements d'éducation, etc., que l'on pourra établir une enquête fructueuse.

M. Daremberg, répondant à M. Armand Gautier, au sujet des moyens que l'Administration se propose de prendre pour remédier à l'état déplorable du régime des eaux de

la ville de Paris, fait observer qu'il ne servira de rien de substituer de l'eau de Seine prise en amont à l'eau de Seine prise en aval, attendu qu'il y a fort peu de différence, dans la composition de ces eaux, au point de vue de la proportion des matières organiques qu'elles contiennent; cette différence, constatée par l'analyse, n'est, en effet, que de 5 milligrammes. La Seine, en amont du grand égout collecteur, reçoit le tribut des eaux d'un grand nombre d'égouts particuliers qui contribuent à la souiller, de telle sorte qu'entre l'eau en amont et l'eau en aval, il n'y a pas de différence de nature, mais une simple différence de proportion des matières contaminantes.

Il faudrait donc, pour remédier radicalement à l'état de choses actuel, ne distribuer dans toute l'étendue de la ville, que de l'eau de source pour l'eau qui doit servir à la boisson. Il faudrait, en outre, que les bornes-fontaines, établies dans les rues, portassent une étiquette indiquant l'espèce d'eau à laquelle elles correspondent, eau de source ou eau de Seine, afin que l'on ne puisse prendre l'une pour l'autre pour les usages culinaires ou de la boisson, comme il arrive journellement. M. Daremberg a vu, en effet, ce matin même, une douzaine de femmes autour d'une borne-fontaine desservie par la canalisation distribuant de l'eau de Seine contaminée, occupées à puiser l'eau qui devait servir aux usages culinaires, faute de savoir qu'il y avait quelques mètres plus loin une borne-fontaine servant à la distribution de l'eau de source.

En résumé, M. Daremberg demande qu'il soit interdit aux propriétaires des maisons de distribuer à leurs locataires de l'eau de l'Ourcq ou de Seine et qu'on les oblige à ne donner que de l'eau de source.

Il demande, en outre, que la Compagnie des eaux ne puisse dans les réservoirs destinés à l'eau de source substituer de l'eau de Seine.

M. Daremberg demande, enfin, que l'Académie soit appelée à voter d'urgence sur la proposition faite dans la dernière séance par M. Bouley.

M. Gautier demande à M. Daremberg comment il fera pour donner immédiatement à tout Paris de l'eau de source. L'Administration n'a ni le temps ni l'argent nécessaires pour satisfaire à ce vœu. Si l'Académie vote cette proposition, ce sera un vœu purement platonique. Mieux vaut demander simplement ce qui est actuellement possible, en ayant d'ailleurs toujours les yeux fixés vers l'idéal que nous devons chercher incessamment à réaliser dans le plus bref délai.

En attendant, il faut que les habitants de Paris sachent qu'il y a des eaux dont ils ne doivent pas se servir pour la boisson et qu'il n'est pas bon non plus de se servir d'eau contaminée soit dans les bains, soit dans les lavoirs publics.

M. Léon Colin (du Val-de-Grâce) pense que, si la canalisation était suffisante, toutes les maisons de Paris pourraient avoir de l'eau de source en quantité convenable. Il n'est distribué aujourd'hui que 50 litres par tête aux habitants de Paris; par une canalisation double, il serait possible de faire arriver dans chaque maison une quantité d'eau plus que suffisante aux besoins de chaque habitant. Il faudrait, pour cela d'ailleurs, établir un rationnement, qui serait l'abondance en comparaison de la pénurie actuelle.

M. Le Roy de Méricourt lit un rapport sommaire sur les pièces de correspondance relatives au choléra transmises à la commission des épidémies. Il signale particulièrement le rapport de la commission nommée par la Société nationale de médecine de Marseille au sujet du choléra ; cette commission était composée de MM. Sicard, Taxis, Bouisson, Queirel, Poncel et Chareyre ; rapporteur, M. Livon. Elle a répété les expériences faites par les savants français et allemands sur les déjections et le sang des cholériques. Il s'agissait surtout de contrôler les assertions de M. Koch.

Voici le résultat de leurs recherches : il y a constamment un rapport inverse entre la proportion des bacilles et la coloration des selles ; les déjections riziformes sont celles qui en contiennent le plus.

En résumé, d'une série de 41 expériences la commission de Marseille se croit autorisée à formuler les conclusions suivantes :

1° Le choléra peut se transmettre aux animaux ;

2° Le contenu stomacal, intestinal et les déjections même les plus riziformes sont absolument inoffensifs ;

3° Il en est de même du sang recueilli pendant la période de réaction ; c'est seulement dans la période algide que le sang a une propriété infectieuse, conclusion conforme à celle formulée par M. Robin en 1865 ;

4° Cette propriété est d'autant plus énergique que l'on est plus rapproché de la période de début ; elle disparaît au bout de vingt-quatre heures environ.

Il en résulterait que la théorie allemande n'est qu'une hypothèse qu'aucune expérience ne justifie et qui, dans le mode de propagation du choléra, trouve une réfutation

nouvelle. La commission repousse donc l'assertion de M. Koch relative au bacille virgule. En dernière analyse, la commission peut plutôt dire *ce que le choléra n'est pas* que *ce qu'il est.*

Le rapport se termine par des objections relatives aux affirmations de M. Koch sur le mode de propagation par l'eau.

Il résulte d'une enquête faite à Pondichéry et en d'autres lieux que les faits observés sont en contradiction absolue avec les assertions du savant allemand. De nouvelles recherches, faites dans l'Inde sur l'importance des bactéries dans le choléra par les micrographes les plus autorisés, sont venues complètement détruire la théorie soutenue par M. Koch.

— M. le docteur Vailhé adresse à l'Académie la relation de l'épidémie cholérique qui a sévi à Cette en août et septembre. Ce confrère se montre partisan convaincu de la doctrine de la *constitution prémonitoire* et de la *non-contagiosité.* Cette relation est transmise à la commission du choléra.

— M. Cauvy, professeur honoraire de l'Ecole de pharmacie de Montpellier, qui a consacré plusieurs années de sa vie à rechercher les moyens de détruire la muscaridine, adresse une note sur l'emploi du soufre comme parasiticide dans le choléra. Il s'appuie sur les effets du soufre pour détruire le microorganisme, cause de la muscaridine. Il propose d'appliquer l'acide sulfureux et l'éther soufré au traitement des maladies parasitaires.

— La séance est levée à cinq heures.

FORMULAIRE

Pilules contre la constipation.

Extrait d'aloès succotrin. . . , ...	1 gr. 80 centigr.
Fiel de bœuf purifié.	1 gr. 20 centigr.
Résine de podophyllin.	0 gr. 15 centigr.

F. S. A. 10 pilules. — Une pilule, le soir, dans la constipation habituelle. — Une pilule soir et matin, dans la constipation accidentelle. — N. G.

COURRIER

Nous publions plus bas l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la maison de santé Dubois, *du* Lait *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile dans des boîtes en cristal plombées. Ce mode de vente, qui supprime l'intervention frauduleuse des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

Concours. — Un concours pour trois places de médecins du Bureau central vient de s'ouvrir.

Le jury se compose de MM. Triboulet, Gallard, Ferréol, Dujardin-Beaumetz, Cadet de Gassicourt, Hayem et Nicaise.

Nécrologie. — Le docteur Huard, chevalier de la Légion d'honneur, de Brest. — Le docteur Froc, de Sermaises (Loiret). — Le docteur Caccialupi, assistant du professeur Baccelli, mort du choléra à Treviglio (Italie). — Le professeur Louis Somma, de Naples, directeur des *Archivio di Pathologia infantile*, revue trimestrielle, mort du choléra.

Cours public et gratuit sur les maladies de l'appareil urinaire. — Le docteur H. Picard commencera ce cours le vendredi 17 octobre à cinq heures, 13, rue Suger, et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs

Sommaire

De la tuberculose respiratoire et de sa prophylaxie.

Aujourd'hui que la nature parasitaire de la tuberculose est démontrée, grâce aux travaux de Villemin, Klebs, Toussaint, Cornil, Malassez et Koch, on est effrayé du nombre des portes d'entrée par lesquelles le bacille tuberculeux peut pénétrer dans l'organisme. Les voies aériennes sont sans contredit la plus fréquente, et, si Louis a eu l'idée de formuler sa loi, qui pour être trop absolue n'en présente pas moins une certaine apparence de vérité, c'est qu'il avait été frappé de la très grande fréquence de la localisation pulmonaire, qui s'explique si bien par la facilité d'inoculation. Quand on pense que l'air extérieur est rempli d'organismes infectieux au milieu desquels nous sommes constamment plongés, on s'étonne que l'homme, vivant ainsi dans un foyer infecté et infectant, en plein milieu bacillifère, ne soit pas fatalement atteint par la contagion, et ne soit pas condamné à devenir phthisique. C'est que le microbe n'est pas tout, et qu'il faut tenir grand compte de la prédisposition, de l'état de réceptivité de l'organisme inoculé. Pour évoluer, et même simplement pour se manifester, il faut au virus infectieux un *milieu de culture favorable;* sinon, il pourra ne donner lieu à aucun symptôme, et rester dans l'organisme à l'état latent. C'est ainsi qu'outre les individus *réfractaires*, certains tuberculeux peuvent vivre longtemps avec toutes les apparences de la santé, et ne voir leurs tubercules se révéler par aucune manifestation. Suivant l'expression si juste de M. le professeur Verneuil, ce sont des tuberculeux en puissance, et, comme le fait avec tant de raison remarquer M. Peter, il faut cliniquement les distinguer des phthisiques.

Le bacille tuberculeux peut pénétrer dans les voies aériennes sous deux formes distinctes, soit à l'état parfait, soit à l'état embryonnaire (corpuscule-germe, dauerspore). C'est sous cette dernière forme qu'il envahit le plus

FEUILLETON

CAUSERIES

La femme-médecin ne sera jamais qu'une exception ; cet état d'exception, inhérent par définition à la qualité de femme-médecin, limite les prétentions des aspirantes au doctorat, et rend par avance nulles et non avenues quelques-unes de leurs ambitions. Concourir pour l'internat et remplir les fonctions d'interne est un droit qu'on ne saurait accorder aux étudiantes en médecine.

Si les étudiantes en cours d'études et celles qui les ont précédées me font l'honneur de me lire (public choisi, mais restreint), je tiens avant tout à leur déclarer que je ne suis pas en principe un adversaire de la femme-médecin, et qu'il n'y a chez moi aucune animosité, aucune opposition systématique contre l'exercice de la médecine par les femmes. Je suis convaincu que certaines femmes peuvent faire d'excellents médecins, et je prétends même que, par certains côtés, les goûts et les aptitudes de la femme s'appliquent parfaitement à la profession médicale. C'est donc sans exclusion de parti pris que je me sépare de nos confrères du beau sexe à propos de l'internat, et je les prie de ne pas me tenir pour suspect si je repousse leurs revendications sur ce point.

Pour appuyer leur demande, elles ont fait valoir, ou l'on fait valoir pour elles, des arguments qui ne manquent pas de poids. Si vous admettez, a-t-on dit, que l'exercice de la médecine est accessible aux femmes sans restriction, de quel droit leur refuserez-

souvent l'organisme, et c'est par l'intermédiaire des spores que se fait la contagion due à l'évaporation des crachats humides, ou à la poussière provenant des crachats desséchés. Il résulte, en effet, des expériences de Fischer et de Schill que l'air extérieur ne peut pas contenir de bacilles à l'état parfait. Ceux qui s'y trouvent, n'étant pas dans les conditions voulues de température et de milieu pour y vivre, perdent leurs propriétés nocives, et « c'est dans l'organisme que naît, se développe et meurt le bacille tuberculeux (1) ». Dans quelques cas cependant où l'inoculation se fait directement, où l'insufflation a lieu de bouche à bouche, le bacille peut passer intact, à l'état parfait, d'un organisme dans un autre. Il suffit de se rappeler l'observation de Reich (2), citée dans la thèse de Schmitt (3), dans l'article de M. Hanot (4), et reproduite dans l'excellente thèse de M. Verchère (5) : il s'agit d'une sage-femme phthisique, qui avait l'habitude de faire aux nouveau-nés des insufflations directes et d'aspirer avec la bouche les premières mucosités des voies aériennes, et qui vit mourir de méningite tuberculeuse dix enfants auxquels elle avait pratiqué ces manœuvres.

Les expériences de Tappeiner (6), de Bertheau (7), de Giboux (8), de Frerich et de Weichselbaum ont prouvé la nocuité de l'air expiré par les phthisiques. Que cet air soit respiré par des malades atteints de coryza chronique, de laryngite aiguë, de catarrhe bronchique, le parasite tuberculeux trouvera un état de réceptivité tout préparé, un milieu de culture des plus favorables. Les mucosités bronchiques, si abondantes dans les *rhumes négligés*, la desquamation épithéliale de la muqueuse laryngée, le nombre considérable d'orifices glandulaires intrabronchiques sont autant de portes d'entrée béantes et fertiles où peut pénétrer le virus contagieux.

---

(1) Koch. *Etiologie der Tuberculose,* in *Mittheilungen von Kaiserlichen gesundheitsamte aus dem* Dr Struck.
(2) Reich. *Berl. Klin. Woch.*, 1878, nº 37.
(3) *Tuberculoses expérimentales.* (Thèse d'agrég. Paris, 1883.)
(4) Article PHTHISIE du *Dict. de Jaccoud* et Th. d'agrégation.
(5) *Des portes d'entrée de la tuberculose.* (Thèse de Paris, 1884.)
(6) Tappeiner. *Arch. für path. anat.*, 1878.
(7) Bertheau. *Deutsch. Arch. für Klin. med.* Bd. 26, 1881.
(8) V. *Bulletin de l'Acad. des sciences*, 1878-1882.

---

vous les moyens de s'y perfectionner, de quel droit leur interdirez-vous les éléments de travail, les preuves de capacité et de distinction, tels qu'on les obtient par le titre d'interne des hôpitaux ? Puisque la femme peut devenir médecin, pourquoi lui enlever l'espérance d'être parmi les meilleurs ? L'étudiant qui prend sa première inscription, voit au loin s'ouvrir devant lui la brillante filière des concours et peut aspirer à franchir tous les échelons de la hiérarchie ; pourquoi l'étudiante n'aurait-elle pas le même sort, et serait-elle exclue précisément des luttes et des victoires les plus enviables de notre carrière ?

Il y a pourtant quelques raisons pour faire cette différence. Les femmes pourront devenir de bons médecins, sans passer par l'internat, et sans faire de tort à personne ; mais une femme qui arriverait à l'internat commettrait tout bonnement une usurpation. L'internat a un double but : pour le présent, fournir aux chefs de service et à l'assistance publique le concours des étudiants les plus dignes de confiance, à la hauteur de toutes les responsabilités ; pour l'avenir, désigner les plus méritants pour les missions délicates ou pour les postes élevés. A ce double point de vue l'internat représente une sélection nécessaire ; il constitue une élite assurée pour le recrutement des états-majors et des cadres du corps médical ; il ne faut donc qu'aucun des premiers grades puisse être détourné par les femmes-médecins, parce qu'elles sont exposées à rester inférieures aux exigences d'une pareille situation.

Il n'y a qu'un nombre limité de places d'internes dans les hôpitaux ; la femme qui prendrait une de ces places créerait un vide dans le corps médical, parce que la société ne comptera jamais sur une femme autant que sur un homme, ni pour satisfaire aux obligations de l'internat, ni pour répondre aux garanties attachées au titre d'ancien interne.

Le rôle provocateur de la bronchite aiguë, admis par Laënnec, est démontré d'une façon manifeste par les statistiques de Scott et Alison, de Beau, d'Hérard, de Cornil et de Jaccoud, et l'influence de certaines épidémies de grippe sur le développement ultérieur de la tuberculose a été signalée par un grand nombre d'observateurs. Dans les voies aériennes, le larynx est une des portes d'entrée fréquentes de la tuberculose; sans parler de l'auto-inoculation possible par les crachats tuberculeux provenant du poumon, l'inoculation se fait en général directement au niveau de la muqueuse laryngée congestionnée antérieurement. Aussi est-ce chez les individus qui font un usage excessif de la parole, qui fatiguent leur larynx, que l'on observe la phthisie laryngée initiale. « La desquamation épithéliale produit une véritable plaie; enfin, les glandes si nombreuses, les follicules clos sont ici encore des portes d'entrée largement ouvertes, où il suffira d'un parasite venu de l'extérieur, se mettant en contact avec eux pour inoculer la tuberculose, qui ultérieurement restera localisée pendant un certain temps, ou rapidement se généralisera (1). »

En résumé, l'air expiré par les phthisiques, ou l'air en contact avec des crachats humides et surtout secs de tuberculeux, est manifestement nuisible, et renferme des bacilles à l'état de spores. Inspiré par les animaux mis en expérience, il provoque toujours la tuberculose pulmonaire, et, chez l'homme, il produit la tuberculose, tantôt locale, tantôt générale, toutes les fois qu'il trouve un organe dans lequel il puisse s'arrêter et se développer. Comme l'a dit M. G. Sée, « la respiration de l'air chargé de poussières de crachats desséchés, voilà donc le mode de transmission le plus certain de la phthisie humaine (2). »

Si nous avons insisté un peu longuement sur cette étiologie de la tuberculose pulmonaire, c'est que les conséquences pratiques qui en découlent, au point de vue de la prophylaxie de cette affection si commune et si meurtrière, nous ont paru s'imposer pour ainsi dire à l'esprit de tous ceux qui croient à sa nature parasitaire et contagieuse. Comme nous le disait un de nos maîtres, un jour qu'il constatait une fois de plus à sa visite l'impuis-

(1) Verchère. Th. *loc. cit.*, p. 73.
(2) G. Sée. *De la phthisie bacillaire des poumons.* (Paris, 1884)

L'étudiante en médecine peut diriger ses études comme elle l'entend; la femme-medecin peut se vouer librement à l'une des branches de notre art le plus en rapport avec sa condition. Dans les deux cas, étudiante et femme-médecin s'en tiendront à ce qu'elles pourront faire sans excéder leurs forces, sans inspirer autour d'elles la crainte qu'on ne les trouve au-dessous de leur rôle. La femme-interne, au contraire, devrait se soumettre à toutes les charges de son emploi, et il y en aurait certainement de trop lourdes pour elles. On ne voit pas bien une femme assumant, pendant vingt-quatre heures, la besogne qui incombe à l'interne de garde dans les hôpitaux de Paris; et l'on excuserait les parents qui amènent leur enfant pour être opéré du croup, ou les grands blessés qu'on apporte d'urgence après les accidents de la rue, s'ils témoignaient quelque méfiance de se voir confiés aux soins d'une femme. Un homme seul peut être, physiquement et moralement, à la hauteur des fonctions d'interne, et la meilleure des étudiantes y paraîtrait toujours déplacée.

Elle ne le serait pas moins dans la vie courante de l'hôpital et dans les réunions journalières de la salle de garde. Si peu collet-monté que l'on suppose les étudiantes, il n'y en a guère qui soutiendraient sans embarras les conversations de leurs collègues, où la liberté du langage est poussée jusqu'à la licence. La galanterie française ferait sans doute un devoir aux internes de châtier leurs discours en présence d'une femme; mais on peut croire que cette contrainte romprait souvent ses digues, et qu'on verrait déborder à nouveau l'esprit et la gaieté qui se dépensent à profusion dans les réunions d'internes, et qui font des salles de garde de Paris un milieu aussi agréable qu'hospitalier.

Je crois donc que les femmes feront bien de renoncer à l'internat, qui n'est point fait

sance de la thérapeutique : c'est la maladie la plus étudiée, la plus commune, la mieux connue comme lésions, et c'est celle qu'on guérit le moins ! Aussi, tant qu'on n'aura pas trouvé l'agent antiparasitaire du microbe tuberculeux, le véritable spécifique, le traitement curatif ne sera jamais certain, et, malgré l'emploi de médicaments dont l'utilité est incontestable, les résultats seront trop souvent insuffisants. La thérapeutique doit donc actuellement consister dans la prophylaxie, et la première des mesures prophylactiques est sans contredit la préservation atmosphérique. C'est à notre avis une mesure essentielle pour ceux qui présentent un état de réceptivité probable, dû soit à une affection locale (angine chronique, laryngite, catarrhe bronchique, etc.) des voies respiratoires, soit à un état général plus ou moins débilité (misère sociale ou physiologique), d'éviter autant que possible les milieux bacillifères. Aussi nous nous demandons — nous laissons à des voix plus autorisées que la nôtre le soin de trancher la question et de proclamer la nécessité d'une telle réforme — si l'installation de nos établissements thermaux, si la vie en commun dans les grands hôtels de nos stations hivernales répond bien aux conditions exigées par l'hygiène dans la prophylaxie de la tuberculose. Les salles d'inhalation où des centaines d'individus viennent respirer un air contaminé, où des phthisiques à la dernière période coudoient des malades venus pour de simples affections inflammatoires des voies respiratoires ne sont-elles pas des foyers d'infection ?

Dans les tables d'hôte de nos stations d'hiver, dans ces salles échauffées où tout le monde vit en commun et respire le même air, les tuberculeux avérés comme les simples bronchitiques, n'y a-t-il pas à redouter l'influence nocive de l'air ambiant ? Sans vouloir nous appesantir davantage sur cette grosse question, dont les conséquences sont si graves qu'elles nécessiteraient toute une transformation dans l'organisation de la plupart des établissements publics (hôtels, casinos, établissements thermaux) destinés à recevoir un grand nombre de tuberculeux, nous rappellerons combien est grande la force de résistance des bacilles tuberculeux disséminés dans l'air extérieur à l'état de spores. Comme tous les corpuscules-germes, ils résistent à tous les agents de destruction ou de désinfection ; il n'y a que l'ébullition prolongée ou la chaleur sèche à 100 degrés qui puissent annihiler leur puissance morbigène !

---

pour elles, et de nous laisser le titre d'ancien interne, que nous sommes en mesure d'utiliser mieux qu'elles. Les femmes-médecins doivent bien comprendre d'ailleurs qu'elles ne peuvent aspirer à tout. Car enfin, si on leur permet l'internat, il faudra leur ouvrir aussi les concours des hôpitaux, l'agrégation, etc.; et quelle réponse leur fera-t-on le jour où elles demanderont à être médecins militaires ? Il est vrai qu'une des conditions requises pour entrer dans le service de santé de l'armée, c'est d'*être Français*, ce qui en élimine d'avance les postulantes pourvues de la même nationalité, mais au féminin.

*
* *

A part cela, je ne vois aucune raison pour qu'il n'y ait pas des femmes-médecins, et je prendrais volontiers leur défense contre les détracteurs très sévères qu'elles ont rencontrés dans cette forme de leur émancipation. Par la corporation des sages-femmes, la femme a déjà un pied (ou plutôt une main) dans la médecine, et elle nous rend assez de services dans cette spécialité pour que nous soyons autorisés à lui faire la place un peu plus large parmi nous. Pour la médecine des enfants, il me paraît même évident que la femme nous serait supérieure, par cette affinité intime de la femme et de l'enfant, que nous ne connaîtrons jamais, et qui est une des grâces particulières au sexe faible.

On objecte que la femme est dépourvue de la force physique nécessaire aux fatigues de la profession, ou à certaines pratiques, comme celles de la chirurgie. Mais il s'en faut que tous les médecins soient des hercules, et il y a bien des femmes qui en remontreraient pour le biceps à beaucoup de nos confrères. Si, par manque de forces, la femme

La préservation atmosphérique n'est pas le seule des mesures prophylactiques importantes dans le traitement préventif de la tuberculose : il faut aussi mettre l'organisme en état de résister à l'implantation des parasites, de manière à ce que sa réceptivité soit nulle. C'est cette indication que vise l'action du climat que M. G. Sée considère comme un médicament composé d'éléments divers : l'oxygène, la température, la lumière, les mouvements de l'air, l'état barométrique, tous éléments qui agissent essentiellement comme antiparasitaires. A côté d'eux, il faut placer la composition de l'atmosphère, c'est-à-dire sa pureté au point de vue microphitaire.

Ainsi donc, outre l'hygiène classique, cette hygiène que Rousseau considère moins comme une science que comme une vertu, il nous paraît nécessaire d'éviter les dangers que nous venons de signaler, et de fuir les milieux contaminés par les agglomérations de tuberculeux. La pureté de l'air extérieur, l'innocuité du milieu dans lequel on vit, la composition de l'atmosphère, l'influence du climat : tels sont les auxiliaires puissants, dont le rôle efficace nous paraît incontestable, et résume avec l'hygiène générale la prophylaxie de la tuberculose respiratoire. Nous avons cru qu'il n'était pas inutile de les rappeler, au moment même où les doctrines microbiennes démontrent chaque jour l'importance capitale des études hygiéniques, et en font une science qui doit marcher de pair avec les découvertes modernes, à la conquête d'un avenir encore mystérieux, mais en réalité plein de promesses.

Maurice NOTTA.

L'internat des femmes.

Les journaux ont fait grand bruit dans ces derniers temps du désir immodéré que montrent les femmes-médecins d'être admises à l'internat. La lettre suivante exprime à cet égard l'opinion de notre collègue et ami le docteur Huchard, et en même temps la nôtre.

Paris, le 15 octobre 1884.

Mon cher ami,

Depuis quelque temps, la presse médicale s'occupe d'une question très importante, l'admission des femmes au concours de l'internat en médecine. Elle devrait être une de

---

est obligée de répudier la chirurgie, elle fera comme tant d'autres, qui sont pourtant des hommes, et qui peut-être n'ont pas réduit une seule luxation dans toute leur existence.

Comme il y aura toujours beaucoup plus d'hommes que de femmes-médecins, on n'ira pas chercher celles-ci dans les cas les plus difficiles pour elles, tandis qu'elles auront largement à s'employer selon leurs moyens très réels.

Quant à leur contester une intelligence suffisante pour étudier et s'assimiler la médecine, je crois que c'est une simple concession à la formule par laquelle nous nous sommes empressés de nous déclarer le sexe fort, de peur que le contraire nous fût un jour démontré. Pour l'intelligence, la subtilité, la pénétration, les femmes nous sont au moins égales ; elles sont mieux douées que nous sous le rapport de l'esprit d'invention, qui peut être d'un très grand secours dans la médecine. Enfin, elles se familiariseraient peut-être plus vite que nous avec certains détails de notre art, comme la connaissance des médicaments et la posologie ; il suffit, pour s'en convaincre, de rappeler les ressemblances de la pharmacologie et de la thérapeutique avec les recettes de cuisine.

*
* *

Outre les raisons qui précèdent, ce qui me porte encore à l'indulgence et à la sympathie pour les femmes-médecins, c'est la conviction que nous ne serons jamais supplantés par ces dames. Le petit nombre d'entre elles qui voudra embrasser la médecine a tout ce qu'il faut pour y réussir et y être utile ; mais le plus grand nombre, l'immense majorité continuera à s'occuper d'autre chose, et fera sagement. Je crois qu'il ne faut

celles qui nous divise le moins, et cependant on trouve à ce sujet toutes les variétés d'opinion : comme pour les questions scientifiques, Hippocrate dit oui, et Galien dit non.

Le corps des internes, dont la situation semble très sérieusement menacée par une mesure aussi intempestive que dangereuse, a déjà fait son devoir en protestant contre elle. Il nous appartient maintenant à nous, chefs de service, qui devons toujours rester leurs plus fermes et leurs plus fidèles soutiens, de nous joindre à eux, de protester à notre manière contre l'admission des femmes au concours de l'internat. Sans vouloir m'étendre sur les dangers qui résulteraient, pour ce concours comme pour beaucoup d'autres, de l'adoption d'une pareille mesure, sur l'incompatibilité des fonctions médicales avec le caractère de la femme, je tiens à déclarer que, pour ma part, je suis absolument décidé, en vertu du droit que nous avons de choisir nos élèves, à n'accepter dans mon service ni externe, ni interne-femme.

En écrivant cette lettre, je pense être l'interprète de beaucoup de mes collègues qui ne se laissent pas guider par un libéralisme exagéré et mal compris, et qui ne voudront jamais compromettre si gravement l'institution même des concours.

Telle est la protestation que j'ai cru devoir élever : elle ne doit porter aucune atteinte au dévouement et aux talents bien connus des femmes courageuses et vraiment extraordinaires qui veulent exercer sur notre art leurs viriles qualités.

Amitiés.

Henri HUCHARD,
médecin de l'hôpital Bichat.

Je n'hésite pas, pour ma part, à m'associer à la protestation qu'on vient de lire. Bien que la question ait fort irrité notre ami de la *Tribune médicale,* le docteur V. Laborde, bien qu'il repousse énergiquement certaines raisons qu'on fait valoir et qu'il appelle « l'argument sexuel », bien qu'il se montre amoureux de la logique jusqu'à demander l'internat pour les femmes parce qu'on leur a donné l'externat, je déclare que, moi aussi, je refuserai mes places d'internes à nos confrères du sexe faible.

Et cependant, je ne voterais pas une loi qui leur interdirait l'exercice de la médecine. Peut-être feraient-elles mieux d'adopter une autre profession; mais à cet égard on doit leur donner des conseils, et non restreindre leur liberté.

Je vais plus loin, et sur un point je me sépare de notre collègue de l'hôpital Bichat. Je recevrai dans mon service des externes-femmes; je n'y vois nul inconvénient. Elles sont dévouées, laborieuses, intelligentes; elles

---

pas décourager les femmes-médecins, mais qu'il faudrait encore moins encourager les autres à les imiter. Elles en seront préservées « ou par la faiblesse de leur complexion, « ou par la paresse de leur esprit, ou par le soin de leur beauté, ou par une certaine « légèreté qui les empêche de suivre une longue étude, ou par le talent et le génie « qu'elles ont seulement pour les ouvrages de la main, ou par les distractions que « donnent les détails d'un domestique, ou par un éloignement naturel des choses pé- « nibles et sérieuses, ou par une curiosité toute différente de celle qui contente l'esprit, « ou par un tout autre goût que celui d'exercer leur mémoire. » C'est La Bruyère qui nous donne, avec cette touche d'une incomparable finesse, les motifs pour lesquels il n'y aura jamais excès de femmes-médecins.

Et notre aimable doyen, M. Richelot, à qui j'emprunte cette citation, me pardonnera de faire paraître mon plaidoyer pour la femme-médecin à la place même où il a plaidé si heureusement la thèse opposée ; c'est afin qu'à nous deux nous fassions la balance égale, comme Thémis.

P. DURRAY.

SOLUTION HÉMOSTATIQUE. — Monsel.

Acide tannique.	1 gr. 25 cent.
Sulfate d'alumine et de potasse.	2 — 50 —
Hydrolat de roses.	90 grammes.

Faites dissoudre. — Pour usage externe, à titre d'agent hémostatique. — N. G.

sont souvent d'excellentes externes. Mais j'estime que la logique, poussée trop loin, nous mène souvent à l'absurde. Qu'il s'agisse d'enseignement, d'assistance ou de politique, la société, quand il s'agit de s'organiser pour vivre et de se défendre contre les abus, a toujours le droit de n'être pas logique. On peut concéder l'externat sans péril; mais ouvrir les portes de l'internat, et plus tard celles du Bureau central, de l'agrégation et du professorat, comme on le réclame déjà sans rire, c'est une autre affaire.

Nous aussi, nous sommes pour les internes contre les menées faussement libérales qui n'amènent aucun progrès et font oublier les réformes utiles. — L.-G. R.

BIBLIOTHÈQUE

Traité élémentaire de physiologie, par M. J. Béclard, 7me édition. — Paris, 1880-1884; Asselin.

Cette nouvelle édition du traité, depuis longtemps classique, du savant doyen de la Faculté de médecine de Paris conserve, comme les précédentes, le caractère de livre d'enseignement qui a précédemment assuré son succès. C'est là un des motifs pour lesquels on attendait avec une légitime impatience la terminaison de cette publication.

Pour arriver à ce but, il était nécessaire, aujourd'hui surtout où les progrès de la physiologie sont si rapides d'une année à l'autre, de glisser sur certaines parties de cette science et, par contre, de s'arrêter plus longuement sur d'autres.

Il est certain, en effet, que nulle autre des sciences biologiques ne progresse avec la même rapidité. Depuis la première édition de cet ouvrage, les méthodes de précision ont acquis droit de cité dans tous les laboratoires. Par leur emploi, on poursuit activement l'étude expérimentale de la respiration, de la circulation, de la chaleur animale et de la motilité.

De plus, la physiologie du système nerveux a été renouvelée par les travaux contemporains; l'embryologie elle-même a fait des progrès considérables, de sorte que M. Béclard a dû complètement refondre son livre, augmenter le nombre des pages, et d'un seul volume en faire deux autres par des additions considérables et le remaniement de nombreux chapitres.

Parmi ces améliorations, il en est une qu'il aurait cependant été désirable d'introduire dans un tel ouvrage de physiologie; c'est la technique de l'expérimentation. Le meilleur moyen d'intéresser les étudiants et les médecins à ces recherches, et par conséquent de leur inspirer le goût de la pathologie expérimentale, est de les mettre à même d'entreprendre des travaux de laboratoire. On l'a compris à l'étranger. En France, où les laboratoires restent toujours insuffisants malgré le développement des travaux pratiques, il serait nécessaire que les auteurs des livres futurs prissent quelque souci du côté pratique des questions qu'ils traitent autant que de leur côté théorique. L'appareil instrumental devenant plus compliqué, il faut à l'observateur une connaissance plus complète de la construction mécanique et du maniement de ces instruments.

M. Béclard a eu l'excellente idée d'ajouter de longues annotations bibliographiques à chacun des chapitres. Malgré le nombre de ces indications, elles ne sont pas toujours absolument complètes, mais ces lacunes sont aisées à combler et, après tout, d'importance secondaire dans un traité élémentaire.

Ainsi donc, ce livre est de ceux qu'une bonne renommée place à juste titre au premier rang. Les efforts nouveaux de leur savant auteur continueront de lui assurer cette honorable place dans la bibliothèque du praticien, ainsi que dans la littérature plus spécialement destinée aux étudiants. Ch. Eloy.

La folie de la ménopause, par M. le docteur Henri Guimbail. — Paris, 1884; Delahaye et Lecrosnier.

On a souvent mis en cause l'âge de la ménopause dans la pathogénie et l'étiologie de nombreux accidents morbides. Sans admettre dans toute sa sévérité l'aphorisme classique : *Tota mulier est in utero*, les faits cliniques établissent une relation de fréquence entre la ménopause et la folie.

Il existe donc une folie de la ménopause, se manifestant sous des formes diverses que

M. Guimbail étudie, à l'aide d'observations personnelles, sous les noms de *folies générales aiguës ou subaiguës, délires partiels avec hallucinations de l'ouïe, délires chroniques d'emblée, folies névropathiques.* Toutes ces formes ont des liens d'analogies : tendances au suicide, monomanie religieuse, phénomènes hystériques, tendances dipsomaniques et fréquences des idées érotiques ; du reste, l'auteur insiste sur ce point : « La ménopause « est rarement suffisante à développer seule la folie, et, malgré les troubles sanguins et « nerveux qui forment son cortège habituel, elle doit être aidée dans son action par « des causes morales, l'hérédité, les accès antérieurs de folie, l'exaltation religieuse. »

Le dernier chapitre de cette thèse inaugurale a pour objet les indications et les moyens thérapeutiques, traitement moral et hygiénique, traitement médical, hydrothérapie et balnéo-thérapie, traitement pharmaceutique, purgatifs, saignées, bromures, et enfin morphine. Ce mémoire est donc un exposé complet d'une question qui intéresse autant la majorité des praticiens que les médecins aliénistes. — C. E.

REVUE DES JOURNAUX

Relation d'une épidémie de scarlatine à rechutes, par M. ANTONY. — Cette épidémie, caractérisée par une mortalité considérable sur la petite garnison de Saint-Martin-de-Ré, s'était localisée sur les militaires, épargnant la population civile. Sa marche, comme le montre M. Antony, indique bien la tendance de la scarlatine à se développer sous forme de foyers.

Cliniquement, cette épidémie était remarquable par sa tendance à la reproduction. Pendant la convalescence, les malades étaient pris d'un nouvel accès fébrile, d'embarras gastrique et d'une poussée éruptive. Cette réversion était bien une rechute, et chez trois malades, elle a été suivie d'une troisième poussée survenant sans motif vers le trente-troisième ou le trente-quatrième jour de la maladie. D'ailleurs, si la morbidité fut élevée (51 scarlatineux sur 261 soldats), la mortalité a été nulle; tous ces malades guérirent. (*Archives de méd. milit.*, t. III, 1884; 16 janvier.) — C. L. D.

De la boroglycérine dans le traitement de l'ophthalmie purulente, par HARTRIDGE. — Les résultats obtenus par l'auteur ont été satisfaisants. Il préconise donc cette substance, à la fois comme topique antiseptique contre l'ophthalmie, et comme liquide désinfectant pour laver les instruments dans les opérations sur les yeux. La solution dont il fait usage contre l'ophthalmie purulente est au dixième; elle est instillée entre les paupières une fois chaque jour. De plus, on lotionne ces organes avec une solution au quarantième de boroglycérine. Celle-ci est sans odeur, n'irrite pas les tissus, et se dissout facilement dans l'eau. (*The Lancet*, février 1883, p. 273.) — C. L. D.

Quelques remarques sur la fièvre des foins, par S. PAGET. — Parmi les mesures prophylactiques, l'auteur recommande la protection des yeux, car souvent la conjonctivite marque le début de la maladie. Ce catarrhe conjonctival est combattu par les lotions au zinc, à la morphine et à l'acide cyanhydrique; le catarrhe nasal, par des inhalations d'acide phénique, d'ammoniaque, ou bien des douches nasales alcalines ou phéniquées. L'obturation des narines avec des tampons d'ouate peut en prévenir les accidents en faisant obstacle à la pénétration du pollen dans les fosses nasales. (*The British med. Journal*, 21 juin 1884.) — C. L. D.

Le traitement du lupus par l'acide pyrogallique, par SCHWIMMER. — D'après cet observateur, le mercure et l'acide pyrogallique ont une action complémentaire et réciproque dans ce traitement. Après avoir enlevé ces croûtes au moyen d'applications de vaseline, il pratique des onctions avec une pommade à l'acide pyrogallique à 10 pour 100 pendant huit jours, après lesquels il en suspend l'usage et la remplace pendant deux semaines par un emplâtre mercuriel.

S'il existe encore des nodules, on répète les mêmes applications ; mais, en général, la guérison serait complète après deux séries de semblables pansements. La durée moyenne du traitement serait de trois à quatre mois. (*Wien. med. Wochenschrift*, 1884, n°s 20 et 22. — C. L. D.

Le convallaria maialis; son action physiologique sur le cœur, par REBOUL. — Dans ce mémoire, l'auteur a étudié l'action du convallaria sur le cœur des animaux à sang froid et sur celui des mammifères. Il en conclut que, pour les uns comme pour les autres, les caractères de l'empoisonnement sont les mêmes et que le ralentissement des battements du cœur est dû à l'excitation des éléments modérateurs intracardiaques. De plus,

il paraîtrait résulter de ces recherches que le convallaria agit primitivement sur le système nerveux intracardiaque; par conséquent, il serait un modérateur cardiaque produisant le ralentissement ou bien l'arrêt des battements de cet organe. (*Lyon médical*, p. 37 et 38; 1884.) — C. L. D.

Rapport entre les troubles nerveux et les affections du nez, par CHIARI. — L'auteur mentionne trois exemples d'affections nerveuses où il existait des lésions de la muqueuse du cornet inférieur des fosses nasales. Les deux premiers étaient des névralgies orbitaires qui guérirent après l'ablation de polypes du nez. Le troisième était un cas d'asthme bronchique qui disparut après la cautérisation de la muqueuse de la partie antérieure des cornets inférieurs. Aussi M. Chiari recommande d'explorer l'état du nez, quand, en présence d'un dyspnéique, on ne trouve pas la raison des accidents dont il est atteint dans l'examen du cœur ou des poumons. (*Deutsche med. Zeitung*, 9 juin 1884.)
C. L. D.

De l'apomorphine dans le traitement de l'hystéro-épilepsie, par HAMMOND WILLIAMS. — Dans les deux observations publiées par l'auteur, il existait des troubles psychiques manifestes. Chez la première malade, les fonctions utérines étaient altérées, les troubles vaso-moteurs manifestes, et on avait inutilement fait usage de l'hydrate de chloral et de la compression des ovaires. Sous l'influence d'une injection sous-cutanée d'apomorphine, on obtint du calme et du sommeil. Il est vrai que des vomissements suivirent l'administration de ce médicament, et que l'auteur les attribue à l'action de l'apomorphine sur la moelle allongée. Causant une diminution de l'activité circulatoire et du pouvoir névro-musculaire, elle agirait donc directement sur les centres nerveux qui président aux actes du vomissement et, très indirectement, comme émétique sur les fibres musculaires de l'estomac.

Cette théorie explique-t-elle suffisamment les bons résultats obtenus contre l'hystéro-épilepsie? (*The med. Times and Gazette*, novembre 1883.) — C. L. D.

Paralysie spinale atrophique de l'nfance, par ERB. — Ces cas, très rares, ne doivent pas être assimilés à la paralysie infantile avec atrophie à longue échéance. Le fait concerne un enfant de 6 ans chez lequel la maladie débute par de la difficulté dans la marche, la déviation du pied droit en dedans et la jambe traînante. Mêmes symptômes à gauche au bout de quinze jours, sans fièvre ni douleur d'aucune sorte. Troubles de la miction au début seulement. Trois mois après, les membres inférieurs étaient presque complètement paralysés, sans aucune altération de la sensibilité. Les réflexes rotuliens et plantaires manquaient absolument. Les muscles étaient mous, insensibles, manifestement atrophiés. Réaction de dégénérescence modifiée en ce sens que l'électrisation faradique directe ne cessa pas de déterminer des contractions, au même titre que l'électrisation galvanique, aussi bien que l'excitation des troncs nerveux. Puis l'amélioration se dessina peu à peu : les muscles manifestèrent quelques contractions spontanées. Le réflexe rotulien revint à gauche tout d'abord, et le membre gauche, le dernier atteint, recouvrait toutes ses fonctions avant le membre droit qui resta un peu faible. En même temps la nutrition des muscles leur rendait leur volume et leur consistance primitives. (*Neurolog. Centr. Bl.*, 1883, n° 8.) — R. L.

Asphyxie par les vapeurs du charbon. Perte de l'irritabilité faradique du nerf phrénique, par EMMINGHAUS, — Jeune femme de 20 ans ; sans connaissance, rigidité générale (des muscles de la nuque et des mâchoires en particulier) ; le sang qui s'écoule d'une piqûre est rouge cerise. Réflexes disparus (conjonctival et autres) ; pouls presque insensible ; impossible à compter. Thorax immobile en respiration. L'électrisation faradique des deux phréniques ne donna tout d'abord lieu qu'à des contractions des sterno-mastoïdiens ; ce n'est qu'après six ou sept interruptions qu'un faible mouvement respiratoire se manifeste, pour devenir peu à peu plus profond. Le plexus brachial se mit de la partie et la malade commença à pousser quelques cris. Au bout de dix minutes, la respiration était installée, la rigidité diminuait et le pouls était compté à 120. Sortie de la chambre, puis ramenée à cause du froid, les accidents se reproduisaient ; le phrénique se montra moins longtemps rebelle à l'excitation que la première fois ; une troisième fois, nouvelle rechute dans les mêmes conditions, puis rétablissement définitif. On a observé semblable parésie du phrénique qui n'obéit à l'excitation électrique qu'après dix interruptions, dans un cas d'asphyxie par le chloroforme dû à Friedberg. (*Neurolog. Central Blatt*, 1883, n° 5.) — R. L.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1884.

Paris. — L'épidémie parisienne reste et restera sans doute une énigme. Hier l'Administration proclamait la nécessité de maintenir la spécialisation de l'hôpital Bichat. Elle éprouvait des inquiétudes et des craintes menaçantes dans sa paternelle sollicitude à laquelle elle n'avait jamais jusqu'ici habitué la population de la capitale. Aujourd'hui tout est changé : on cesse de réserver l'hôpital du bastion de Saint-Ouen à l'usage des cholériques présents et futurs. On en ouvre les portes, le choléra n'est plus!

Voici où l'embarras est extrême. A en juger par le bulletin hebdomadaire que publie le *Journal officiel*, le département de la Seine figure dans la statistique de l'épidémie pour 7 décès cholériques du 27 au 30 septembre, à savoir : 1 décès à Paris, Saint-Denis, Saint-Ouen et Pantin, et 3 à Aubervilliers.

D'autre part, la statistique municipale a bien mentionné des décès de choléra nostras ou sporadique et non pas de choléra asiatique ou épidémique? Où est la vérité des faits? Avons-nous le choléra ou ne l'avons-nous pas? Il serait temps d'être fixé à cet égard.

En voici la nécessité : les décès signalés à Aubervilliers n'ont pas été sans donner émotion à une autre administration qui n'est ni celle de la statistique municipale, ni le bureau sanitaire du ministère du commerce. Cette troisième administration, mieux avisée sans doute, fit faire enquête, délégua un médecin des épidémies, dont il est inutile de rappeler le nom et la haute compétence, et finalement cette enquête démontra bien l'*existence de diarrhées causées par la mauvaise qualité des eaux alimentaires et non pas celle du choléra asiatique.*

Ce rapport sera sans doute de ceux dont on ne parlera pas. Il court risque d'enfouissement administratif ou condamnation aux cartons à perpétuité! Après cela, on peut mesurer la valeur de certains documents, alors que, pour éviter une pénible confession et la mise en défaut de son infaillibilité, l'Administration passe au compte du choléra épidémique des décès et la formation de foyers morbides qui n'ont d'autre origine que des erreurs ou des négligences officielles !

Départements. — Le nombre des départements atteints a encore diminué, d'après nos informations personnelles. Ce sont : du 9 au 14 octobre, à Marseille, 14 décès ; à Nîmes, 1 seul décès, et dans le département des Pyrénées-Orientales, 2 décès. Depuis le 8, on n'a constaté aucun cas à Bessèges.

L'amélioration a donc été considérable depuis huit jours dans les départements du midi. Il y a donc tout lieu d'en espérer la disparition prochaine.

Algérie. — Jusqu'ici, le choléra algérien reste confiné aux villes d'Oran et de Bône. Du 8 au 14 octobre, on signale 45 décès dans la première et 2 dans la seconde. Au lazaret de Philippeville, il y a eu aussi quelques cas parmi les passagers militaires récemment débarqués.

Etranger. — Les renseignements sur l'épidémie en *Espagne* sont de plus en plus rares ; la *Gazette officielle* ne publiant plus de bulletin sanitaire. Cependant, il y aurait eu 5 décès du 9 au 10 octobre dans la province d'Alicante et 3 cas nouveaux à Barcelone le 11 octobre.

En Italie, l'épidémie diminue d'intensité à Naples et à Gênes. Du 8 au 14 octobre, la mortalité cholérique totale du royaume a été de 1234 cas dont 496 à Naples et 43 à Gênes, et la morbidité s'est élevée à 675 décès, dont 262 à Naples et 39 à Gênes. Malgré cette atténuation, elle s'est maintenant étendue à la presque totalité du territoire.

C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 13 octobre 1884. — Présidence de M. Rolland.

Les microbes continuent à pulluler. C'est le tour aujourd'hui du microbe spécifique de l'ostéomyélite infectieuse. Dans une note, communiquée à l'Académie par M. H. Bouley, M. A. Rodet s'exprime ainsi :

« J'ai obtenu, chez des lapins, par l'injection de cultures, des lésions graves d'ostéite. Le microbe cultivé est un micrococcus ; il possède une couleur jaune orangé, qui se

manifeste surtout dans les cultures sur milieux solides. Il se cultive très bien dans les bouillons; mes expériences ont été faites avec des cultures dans du bouillon de poulet. Pour obtenir les effets du microbe, il est nécessaire d'agir par injections intraveineuses. Les lésions varient avec la virulence du produit employé et sans doute aussi avec le degré de résistance des animaux.

« Dans les cas très aigus, où la mort survient deux ou trois jours après l'injection, on observe : des lésions nettement périostiques, caractérisées par de petits points d'épaississement du périoste, souvent groupés en foyer de quelques millimètres et localisés sur la diaphyse des os longs, ordinairement près du cartilage juxta-épiphysaire de la diaphyse, la surface de l'os un peu plus friable et poreuse qu'à l'état normal. En outre, de petites taches blanches, sortes d'abcès miliaires caséeux, se montrent dans les muscles (de préférence ceux des membres et de la paroi abdominale, les intercostaux), parfois aussi dans le diaphragme et le myocarde ; les reins présentent des foyers de congestion et des traînées jaunâtres qui suivent la direction des tubes.

« Malgré le grand intérêt de la localisation périostique évidente, ces cas ne sont pas suffisamment démonstratifs, en raison de la multiplicité des localisations. Les cas à évolution un peu moins rapide sont beaucoup plus probants ; le microbe, soit du fait d'une virulence atténuée, soit en raison d'une plus grande résistance des animaux, restreint ses localisations et lèse le tissu osseux, sinon exclusivement, du moins d'une façon très prédominante, montrant ainsi que celui-ci est son terrain de prédilection. On trouve alors dans les os longs des membres des lésions d'ostéite bien caractérisée. C'est parfois simplement de la raréfaction et de la friabilité du tissu, dont le périoste qu'on essaye de décoller arrache des parcelles, en laissant à nu une surface très inégale ; c'est souvent une friabilité plus grande qui permet de pénétrer sans effort jusqu'au canal médullaire ; ce sont enfin, dans les cas les plus graves, de la suppuration, des pertes de substance, de la désagrégation du tissu en une bouillie de pus caséeux et des séquestres minuscules, et même des séquestres vrais entourés d'une petite couche de pus qui les mobilise. Sur la coupe de la partie malade, on peut voir disséminées de petites taches dont la couleur orangée rappelle tout à fait celle que le microbe présente dans les cultures.

« La localisation de ces lésions est remarquable : elles siègent toujours à l'extrémité des diaphyses dans la région juxta-épiphysaire ; elles sont contiguës au cartilage de conjugaison qui les limite et paraît leur opposer une barrière en restant lui-même sain. Je n'ai jamais trouvé les épiphyses malades, non plus que les cartilages d'encroûtement ; et, lorsque les articulations contiennent du pus, c'est que celui-ci y est versé par un point d'ostéite intra-synovial, quoique diaphysaire. Les lieux d'élection de ces lésions sont l'extrémité supérieure de l'humérus, l'extrémité inférieure du fémur, et l'extrémité supérieure du tibia.

« Ces lésions ont été produites par le micrococcus cultivé jusqu'à la treizième génération ; elles ont, dans les cas, été obtenues sans être provoquées par aucun traumatisme.

« En résumé, le microbe qu'on trouve dans le pus de l'ostéomyélite infectieuse, disséminé dans tout l'organisme du lapin par injection intra-veineuse, et libre par conséquent de choisir son terrain de prédilection, montre une préférence marquée pour les os, spécialement pour les parties du plus rapide accroissement ; il y détermine des lésions d'ostéite juxta-épiphysaire nécrosique et suppurée, dont l'analogie avec celles de la maladie humaine permet d'affirmer son rôle d'agent spécifique de cette dernière.

« L'histoire de ce microbe présente d'autres points intéressants ; mais, outre que ceux-ci sont encore à l'étude, j'ai voulu seulement appeler l'attention de l'Académie sur le fait démonstratif de la production expérimentale d'une maladie comparable à l'ostéomyélite infectieuse. »

M. A. Lailler adresse une note sur l'élimination de l'acide phosphorique par l'urine, dans l'aliénation mentale et l'épilepsie. En voici les conclusions :

« 1° Dans le délire aigu, dans la manie aiguë, il y a élimination, en excès notable, d'acide phosphorique et d'urée.

« 2° Dans la manie avec excitation, l'élimination de l'acide phosphorique est en léger excès ; celle de l'urée est normale.

« 3° Dans la manie simple, l'urine est à l'état physiologique.

« 4° Dans la lypémanie à l'état aigu ou avec excitation, il y a exagération notable dans l'élimination de l'urée, et exagération restreinte dans l'élimination de l'acide phosphorique.

« 5° Dans la lypémanie sans agitation, les doses d'acide phosphorique et d'urée éliminées ne s'écartent pas des doses physiologiques.

« 6° Dans la paralysie générale, l'excrétion de l'acide phosphorique et de l'urée est en rapport avec les états morbides si multiples que revêt cette forme d'aliénation mentale.

« 7° Dans l'épilepsie, l'urine, au moment des crises, ou immédiatement après, contient une proportion d'acide phosphorique sensiblement supérieure à la moyenne, et une proportion faible d'urée : lorsque les crises se succèdent rapidement, il y a exagération d'acide phosphorique et d'urée; dans l'intervalle des crises, l'urine est normale. »

FORMULAIRE

SOLUTION CONTRE LA STOMATITE MERCURIELLE. — H. Zeissl.

Teinture d'iode.	4	grammes
Hydrolat de cannelle.	50	—
Sirop de cannelle	20	—
Eau distillée.	250	—

Mêlez. — Pour rincer la bouche, dans le cas de stomatite mercurielle avec salivation abondante. — Si l'haleine est fétide, on peut remplacer cette solution par le mélange suivant :

Eau chlorée.	10	grammes
Décoction de guimauve	300	—
Miel rosat.	40	—

COURRIER

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Exercices de dissection sous la direction de M. Farabeuf, agrégé, chef des travaux anatomiques. — Les élèves de seconde année doivent, avant d'être admis à disséquer, subir l'examen préalable d'ostéologie.

Ils sont invités à se faire inscrire dans le plus bref délai à l'Ecole pratique, 2, rue Vauquelin, au bureau du chef du matériel, de midi à quatre heures.

Les démonstration d'ostéologie commenceront le lundi 20 octobre.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux sont prévenus que les travaux anatomiques commenceront le lundi 20 octobre, à l'amphithéâtre de l'administration, rue du Fer-à-Moulin, n° 17.

Les cours auront lieu tous les jours, à quatre heures, dans l'ordre suivant :

1° Anatomie topographique. — M. le docteur Tillaux, directeur des travaux anatomiques, les lundis et vendredis ;

2° Physiologie. — M. Ricard, 1er prosecteur, les mardis et jeudis.

3° Anatomie descriptive. — M. ...., 2me prosecteur, les mercredis et samedis.

4° Histologie. — M. le docteur A. Siredey, chef du laboratoire, les mardis et vendredis, à deux heures.

Le laboratoire d'histologie sera ouvert aux élèves pendant toute la durée des travaux anatomiques.

Le musé d'anatomie sera ouvert tous les jours, de une heure à quatre heures.

ENSEIGNEMENT LIBRE. — *Cours d'accouchement de MM. Bar et Auvard.* — M. Auvard commencera le cours le lundi 3 novembre. Les leçons auront lieu chaque jour à quatre heures et demie *5, rue du Pont-de-Lodi.*

Pour les renseignements et pour se faire inscrire, s'adresser à M. le docteur Auvard les lundi, mercredi et vendredi, de une heure à deux heures, 21, rue de Lille.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs

Sommaire

Etude sur l'action du choléra selon les zones géologiques du sol

Par M. le docteur Duché.

La question de l'influence tellurique sur l'action du choléra épidémique n'est pas nouvelle; elle a déjà été l'objet de recherches intéressantes qui ont été publiées après l'épidémie de 1849 et celle de 1854. Mais, comme elle exige des connaissances spéciales en géologie et des documents d'une sincérité irréprochable, elle n'a encore saisi qu'un petit nombre de chercheurs et surtout, parmi eux, ceux qui résident en province, dans les milieux où l'observation est plus distincte et plus facile.

Le département de l'Yonne, par la variété de ses assises géologiques, semblait appelé à devenir le théâtre d'une enquête fructueuse; son extrémité méridionale touche aux formations granitiques, tandis que ses dernières limites septentrionales se confondent avec les terrains crétacés et les couches les plus récentes de nos terrains tertiaires. Dans leur intervalle sont échelonnées à peu près toutes les formations intermédiaires des terrains liasiques, oolithiques et crétacés inférieurs.

Quelques publications de Nérée Boubée et de Fourcault avaient éveillé l'attention d'un médecin très recommandable d'Auxerre, le docteur Sonnié-Moret, ancien interne des hôpitaux ; sous les auspices de la Société des sciences de l'Yonne, il se mit à l'œuvre et parvint, à l'aide des documents officiels sur les décès dans les deux épidémies de 1832 et 1849, à distribuer géologiquement ces décès, après avoir totalisé les populations appartenant à chaque groupe géologique. Il en résulta des attributions aussi curieuses qu'inattendues. Ainsi le terrain tertiaire de l'ouest et le granit avaient été parfaitement indemnes, les terrains crétacés inférieurs de l'ouest, la craie inférieure et supérieure, le lias moyen et supérieur n'avaient perdu que des proportions très minimes d'habitants, tandis que le lias inférieur, l'oolithe inférieur, la craie supérieure, la craie inférieure de l'est, l'oolithe supérieur et moyenne en avaient perdu depuis 1/97e jusqu'à 1/18e.

Après avoir établi l'imperméabilité et l'humidité constantes de certaines couches, aussi bien que la porosité et la sécheresse de certaines autres, Sonnié-Moret ne craignit pas de proclamer que le choléra n'avait qu'une action très faible sur les terrains humides surplombés par une atmosphère saturée de vapeurs aqueuses, tandis qu'il avait sévi largement et souvent avec violence sur les milieux secs très perméables, où l'air participe de la sécheresse du sol. « C'est dans le calcaire jurassique, dit-il, et spécialement dans la zone oolithique moyenne que le choléra a établi son siège de prédilection ».

Telles sont les grandes lignes signalées par cet observateur qui, chemin faisant, n'a pas négligé les autres conditions topographiques qui pouvaient être prises en considération, telles que l'altitude, la salubrité des contrées, l'aisance relative des habitants, la pureté des eaux, la nature des aliments, etc. Il a reconnu aussi que les villes et bourgades situées dans les grandes vallées, le long des cours d'eau sont, toutes choses égales d'ailleurs, plus exposées que les autres. — L'influence des bois n'a pas été décisive sur l'action du choléra dans le département de l'Yonne.

En 1854, le choléra régnait à Auxerre pour la troisième fois. Sonnié-Moret et son confrère le docteur Droin furent victimes de leur zèle et succombèrent tous deux, le même jour, sur ce glorieux champ de bataille. L'épidémie avait sévi dans presque toutes les parties du département qui avait perdu 3,800 habitants en 1832, 3,000 en 1849 et plus de 4,000 en 1854.

Trois ans plus tard, nous voulûmes, à notre tour, faire la contre-épreuve des relevés de Sonnié-Moret pour ce département. Muni de documents officiels, nous arrivâmes aux mêmes résultats. Même immunité pour les habitants des terrains humides, mêmes proportions mortuaires pour ceux des couches où prédomine la sécheresse et la perméabilité. Cette persistance d'un phénomène jusqu'alors inexpliqué nous amena, presque malgré nous, à tenter une interprétation qui ne fût pas trop en désaccord avec les faits. Voici notre théorie :

Le choléra épidémique a pour agent un miasme vivant, microbe, bacille ou autre, qui a manifestement la propriété de s'unir à l'eau et consécutivement à l'air que nous respirons, air qui contient toujours une quantité relative d'eau à l'état de vapeur. Ce miasme

peut donc pénétrer dans nos organes aussi bien par la respiration que par l'absorption cutanée ou des muqueuses.

Pense-t-on qu'il soit indifférent pour l'activité du poison, que ce miasme soit absorbé à son plus grand état de concentration ou à son état de plus extrême dilution? Les lois de l'analogie autorisent à dire que, plus le poison sera divisé par une solution aqueuse considérable, plus il aura perdu de ses propriétés délétères. C'est ainsi que, pénétrant dans les organes de l'homme par le moyen d'une atmosphère très chargée d'humidité, il semble entouré d'une enveloppe protectrice, qui ne permet pas à son contact et à son séjour au sein de notre économie d'avoir des conséquences aussi désastreuses que dans les conditions opposées.

Une fois introduit dans le corps de l'homme, le miasme (car c'est encore le mot que nous préférons jusqu'à nouvel ordre), le miasme s'unit à la partie séreuse du sang pour laquelle il a le plus d'affinité, et ce liquide, modifié par un poison spécifique, devient incompatible avec la santé ou la vie, selon l'intensité de l'infection. Il y a donc un travail d'élimination nécessaire, et ce travail s'opère par la voie gastro-intestinale.

Supposons maintenant un homme vivant dans un milieu constamment humide et qui vient d'absorber le miasme cholérique. On sait quels caractères présentent, par exemple, les tempéraments des personnes habituellement exposées aux émanations marécageuses; leur fibre est molle, leur système lymphatique exagéré, leur facies pâle et bouffi, elles sont prédisposées aux maladies séreuses, aux hydropisies; chez elles le système sanguin est pauvre en fibrine et riche en sérum. Le contraire a lieu chez l'habitant des lieux secs et arides; la constitution de celui-ci est forte, sa fibre sèche, son sang est riche en fibrine et pauvre en sérum. Or, la cause probable de la mort chez le cholérique, c'est l'asphyxie arrivant insensiblement par l'engorgement des vaisseaux capillaires qui ne peuvent plus donner passage au sang épuisé par les déjections séreuses, sang qui n'est plus qu'une gelée incapable de progresser dans les canaux circulatoires.

Telle est, ce nous semble, l'explication la plus plausible de la mort chez ceux qui ne peuvent impunément perdre une certaine quantité de sérum; telle est la condition essentielle des habitants de nos contrées à terrains perméables et constamment privés d'humidité.

Pour ceux, au contraire, qui ont leurs demeures dans un milieu constamment baigné de vapeurs aqueuses, le sang, contenant des proportions exagérées de sérum, peut se dessaisir sans inconvénients graves d'une partie de ce liquide; il en reste toujours assez pour tenir la fibrine en dissolution et pour permettre aux vaisseaux capillaires de laisser passer le fluide indispensable à la vie. Si donc l'influence cholérique se fait sentir sur les terrains imperméables, elle est atténuée par les causes que nous venons d'exposer; on peut y voir régner la cholérine, mais rarement le choléra confirmé. N'oublions pas, en outre, la modification que le miasme a dû éprouver par son contact avec une atmosphère très chargée d'humidité, et nous aurons la double interprétation de l'heureuse immunité dont jouissent les habitants des terres imperméables.

Il est bien entendu que nous offrons cette théorie sous toutes réserves. Elle nous a servi, en 1854, à faire suivre à nos malades un traitement dont la logique est incontestable, le traitement par l'eau pure à haute dose. Cette médication remplissait deux indications pressantes : assouvir la soif ardente des malades et réparer autant que possible les déperditions séreuses qui amenaient fatalement la mort. Ce moyen n'empêchait pas de pourvoir aux symptômes qui venaient compliquer la situation.

Il est un autre point de vue que nous pourrions mettre en ligne de compte, celui de l'antagonisme existant entre certaines intoxications : le miasme paludéen, par exemple, ne serait-il pas incompatible avec le miasme asiatique, et n'est-il pas possible d'expliquer ainsi l'immunité dont jouissent les habitants des terrains marécageux où règnent endémiquement les fièvres intermittentes?

Les recherches de Sonnié-Moret et les nôtres ont été poursuivies, dans des conditions moins précises, par M. de Ruolz, en 1866, et par le docteur Decaisne, en 1874. Ces messieurs se basaient sur des faits généraux, mais en tiraient la même conclusion, c'est que l'humidité des milieux est défavorable à la propagation du choléra, tandis que leur sécheresse la favorise.

Dans tous les cas, ce serait trop peu que l'enquête dans un seul département pour arriver à une conclusion sérieuse. Il eût été possible de l'appliquer à un grand nombre d'autres, si quelques travailleurs de bonne foi et de bonne volonté avaient pu consulter les statistiques locales qui abondent dans les cartons du ministère. Cette œuvre serait de longue haleine sans doute, mais elle vaudrait la peine qu'on l'entreprît. Nos départements possèdent presque tous une carte géologique; il ne s'agirait que de la consulter, de classer les communes par nature de terrains et d'y appliquer les chiffres des

décès cholériques dans chaque zone de même formation; c'est l'opération qui a été faite pour l'Yonne et qui serait d'une aussi grande facilité pour les autres départements.

Malgré l'absence de documents départementaux sur cette question, un simple coup d'œil, jeté sur les décès dans nos départements en 1854, nous a mis à même de pressentir les résultats de l'épidémie dans cette même année.

Voici dix départements où l'excédent des décès sur les naissances a été porté au chiffre le plus élevé.

1. La Côte-d'Or, où les décès ont excédé les naissances de...		3,988
2. La Meurthe	— —	4,294
3. La Marne	— —	4,655
4. Le Jura	— —	4,786
5. L'Hérault	— —	5,194
6. Le Var	— —	5,865
7. La Meuse	— —	8,028
8. La Haute-Marne	— —	9,415
9. La Haute-Loire	— —	10,629
10. L'Ariège	— —	19,794

L'Yonne y figure pour 3,273 décès, ce qui n'est pas encore l'expression de la vérité pure. Nous avons démontré ailleurs que l'Yonne avait eu en 1854 plus de 4,000 décès cholériques.

Or, les dix départements que nous venons de citer, et qui ont le plus souffert du fléau, sont en majorité situés sur un sol calcaire, c'est-à-dire que les terrains perméables y prédominent.

D'un autre côté, parmi les départements où la mortalité a été à peine sensible, nous trouvons, en 1854, l'Allier, le Cher, les Côtes-du-Nord, le Finistère, la Gironde, l'Indre, les Landes, la Loire, Maine-et-Loire, la Vendée, la Vienne, tous situés sur un sol humide, marécageux, imperméable, où prédominent les couches tertiaires, la craie inférieure et le granit. La conclusion est facile.

En résumé, nos recherches n'ont pas d'autre prétention que de confirmer une vérité aussi vieille que le monde et proclamée par Hippocrate dans son admirable traité *De aere, locis et aquis*, c'est que les milieux sont de puissants modificateurs de la santé de l'homme, et par conséquent de puissants modificateurs des maladies en général et des épidémies en particulier.

Nous ne descendrons pas dans l'arène où les théories à l'endroit du choléra se croisent et se heurtent en tous sens. Nous avons constaté avec tristesse combien sont disparates les opinions et les doctrines du corps médical sur la nature du choléra, son mode de propagation et les moyens préventifs à lui opposer. Nous dirons simplement que, pour nous, il existe un choléra indigène, non contagieux et presque toujours bénin, et un choléra asiatique essentiellement épidémique et contagieux, dont la gravité est trop connue. Le mode de transmission se fait non-seulement par le contact, mais par l'absorption des eaux et de l'air qui en transportent les germes. Nous n'attachons aucune importance aux noms dont il plaira de décorer ces agents mystérieux; ce que nous appelons de tous nos vœux, ce sont les moyens de neutraliser leurs effets.

BIBLIOTHÈQUE

LA FIÈVRE TYPHOÏDE CHEZ L'HOMME ET LE CHEVAL, par le docteur SERVOLES. — Asselin et Cie ; Paris, 1883.

Cette étude de pathologie comparée a trouvé dans la presse médicale un accueil excellent qu'elle méritait à tous égards. L'auteur a une double compétence pour traiter semblable sujet. Médecin, il échappe au reproche, qui pourrait être adressé à quelques-uns de ses confrères de l'art vétérinaire, de vouloir donner leur opinion sur des questions de pathologie humaine, à l'étude desquelles on ne les a pas suffisamment préparés.

C'est à ces derniers que s'applique l'accusation portée par M. Peter de vouloir appliquer à l'homme la médecine des animaux. Tout au contraire, l'étude des questions de pathologie comparée, lorsqu'elle est abordée par des savants rompus à l'observation clinique, ainsi qu'à l'expérimentation, doit faire progresser notre science. C'est sur les traces des Vulpian, des Chauveau, des Arloing que M. Servoles prétend marcher, et il y a réussi.

Dans la première partie du livre sont étudiés l'historique, l'étiologie, la symptomatologie, l'anatomie pathologique, le diagnostic différentiel et le traitement de la fièvre typhoïde chez le cheval.

Dans la seconde, M. Servoles se livre à une étude comparative des causes, des symptômes et des lésions chez l'homme et le cheval. — Pour ce qui est de l'étiologie, il conclut « qu'en enregistrant seulement les faits définitivement acquis, en médecine humaine comme en pathologie vétérinaire, la contagion n'est pas douteuse ; que, d'un côté comme de l'autre, l'adolescence, l'acclimatation, l'encombrement sont les circonstances adjuvantes les plus puissantes ; et que par conséquent les causes de la fièvre typhoïde de l'homme sont également celles de la fièvre typhoïde du cheval.

« Le parallèle de la symptomatologie paraît plus frappant encore, courbe thermique, état général, localisations bronchopulmonaires, manifestations du tube digestif et de l'appareil circulatoire, état cérébro-spinal : tout est identique. »

On retrouve chez le cheval les formes cliniques connues depuis longtemps des médecins : les formes thoraciques, muqueuses, nerveuses, latentes même et abortives. — Mêmes complications : laryngo-typhus, bronchopneumonie, gangrène du poumon, parotidites, entérorrhagies, etc.

Les lésions anatomiques sont semblables chez l'homme et le cheval dans la plupart des appareils et systèmes organiques (organes hématopoiétiques, reins, rate, muscles, centres nerveux, appareil respiratoire). Mais, en ce qui concerne les lésions intestinales, l'auteur est obligé de faire une restriction, dont l'importance ne saurait échapper : « *La muqueuse intestinale*, dit-il, *est toujours atteinte chez l'homme comme chez le cheval, mais les ulcérations, qui sont la règle chez l'homme, sont l'exception chez le cheval.* »

Naturellement enclin à défendre l'identité des deux affections hippique et humaine, M. Servoles se trouve ainsi amené à se demander quelle est, au point de vue de la pathologie générale, la valeur réelle des ulcérations typhiques de l'intestin grêle, et, en s'appuyant sur des citations empruntées aux maîtres de la médecine, Chomel, Grisolle, Griesinger, Laboulbène, Cazalis et Renaut, etc., qui ont fait connaître des observations de fièvre typhoïde non douteuse, où les ulcérations n'ont pu être trouvées à l'autopsie, il conclut que l'ulcération de l'intestin n'est pas absolument nécessaire, même chez l'homme, pour constituer la fièvre typhoïde. Elle ne serait pas nécessaire non plus chez le cheval, chez lequel, du reste, elle est loin d'être inconnue, malgré sa rareté relative.

M. Servoles reconnaît d'ailleurs que, la transmission du mal de l'homme au cheval ou du cheval à l'homme n'étant pas démontrée, il est impossible de dire que les deux fièvres ne sont qu'une seule et même maladie. Il se contente, pour formuler sa pensée, d'emprunter les expressions mêmes que Denoc avait employées, avec une intuition singulière, il y a quarante ans : « La maladie typhoïde du cheval est, sinon identique, du moins analogue à celle que l'on désigne chez l'homme sous le nom de dothinentérite ou fièvre typhoïde. » — P. L. G.

La cirrhose alcoolique graisseuse, par M. le docteur H. Gilson. Paris, 1884 ; J.-B. Baillière.

Ce mémoire inaugural a été préparé dans le service de M. Lancereaux et inspiré par ce savant maître. On y retrouve en effet cette passion pour les recherches anatomo-pathologiques et cette rigueur dans les conclusions qui font l'originalité et assurent la pérennité à ses travaux.

Les altérations du foie chez les alcooliques sont encore peu connues, malgre le nombre des auteurs qui s'en sont occupés. Dans son travail, M. Gilson a voulu se limiter. Il a donc étudié surtout une simple variété de cirrhose alcoolique : la cirrhose alcoolique avec stéatose, dont les élèves de M. Lancereaux avaient naguère, dans d'autres thèses, essayé de donner un premier signalement.

Nosologiquement cette cirrhose est constituée par la confusion dans un même type des deux formes distinguées par M. Hanot sous le nom de cirrhose hypertrophique graisseuse et de cirrhose atrophique graisseuse, division que M. Gilson critique vivement parce qu'elle ne repose que sur l'existence ou l'absence de l'hypermégalie, bien que la cause, l'alcoolisme, et la complication immédiate, la dégénérescence, soient toujours identiques.

Cette considération et d'autres encore légitiment la classification que M. E. Lancereaux donnait en 1868, et qui consistait à diviser les cirrhoses dans lesquelles le foie est primitivement atteint en trois groupes : cirrhose alcoolique, impaludique et syphilitique. Aussi, M. Gilson place, parmi les cirrhoses alcooliques, toutes celles qui ont l'alcoolisme pour origine, quelque diverses que soient les lésions anatomiques : sclérose du tissu

conjonctif ou stéatose du parenchyme hépatique. C'est donc la marche de la maladie, et non un signe macroscopique tel que le volume du foie, qui sert de base à cette division rationnelle. Par conséquent M. Gilson mène procès contre les conclusions des travaux récents de M. Hanot et de M. Sabourin.

De plus, voici un argument de réel intérêt clinique. On n'a pas tout dit quand, chez un malade atteint de cirrhose, on n'a en vue que le cirrhotique. On doit avoir « surtout « en vue l'alcoolique, c'est-à-dire un individu intoxiqué de longue date et dont les tissus « sont altérés d'une manière irrémédiable par un lent empoisonnement. »

Que conclure de cet important travail ? sinon que dans l'étude des cirrhoses l'évolution des lésions joue un grand rôle et que les différences observées sont vraisemblablement dues à l'époque même où l'autopsie permet d'examiner le processus morbide. C'est en quelque sorte l'âge de la lésion qui en fait le type: sclérose, stéatose, etc. Cette hypothèse va peut être au delà de la pensée de M. Gilson ; mais, si elle se vérifiait, elle conduirait à la notion féconde dans sa simplicité d'une cirrhose unique dont la stéatose marquerait le stade terminal. — C. L. D.

REVUE DES JOURNAUX

L'iode dans la fièvre intermittente, par Atkinson et Woods. — Les recherches, entreprises pour contrôler la valeur antifébrile et antipériodique de l'iode vantée par quelques travaux récents, n'ont pas donné de résultats favorables. Voici les principales conclusions de ce travail qui s'appuie sur 76 observations.

L'iode ne supprime pas immédiatement les accès ; son action ne s'exerce qu'au bout de sept à huit jours. Il n'empêche pas les récidives ; il accroît la diarrhée et les nausées qui peuvent même être provoquées. Dans la rémittente, l'abaissement de la température est lent et irrégulier. Infériorité à tous les titres vis-à-vis de la quinine ou de la cinchonidine, même au point de vue économique. Certains accès y demeurent absolument rebelles ; on doit l'exonérer toutefois du reproche de causer l'albuminurie. (*The american J. of the med. sciences*, juillet 1883.) — R. L.

Diagnostic au laryngoscope de l'anévrysme de la crosse de l'aorte, par S.-S. Cohen. — Conclusions : l'immobilité en abduction de la corde vocale gauche, s'accompagnant de toux et de dyspnée que ne justifient ni affection cardiaque ni lésions pulmonaires, doit faire penser à l'anévrysme de la crosse de l'aorte. Le diagnostic reçoit une nouvelle confirmatton des difficultés de la déglutition, n'y eût-il ni tumeur, ni battements, ni thrill, ni souffles. Une seule affection pourrait donner le change : un néoplasme intrathoracique. (*Id.*). — R. L.

Adénopathie bronchique comme cause d'irritation du pneumogastrique, par E. Bruen. — Ce travail n'est qu'un écho des études classiques de Gueneau de Mussy dont l'auteur étend encore les conclusions. Il rapporte à la compression du pneumogastrique les accidents insidieux de dyspnée, d'asthme faux, même de congestion et de collapsus pulmonaire qui accompagnent l'adénopathie bronchique. On a été jusqu'à y rattacher certaine forme de pneumonie. La matité interscapulaire, explorée suivant les préceptes du maître français, donne la clé de ces divers accidents auxquels il oppose des applications locales irritantes (croton, iode et éther sulfurique), et l'usage interne du bichlorure ou du protoiodure de mercure, ou encore du calomel. Contre la toux, chlorhydrate d'ammoniaque, contre la dyspnée, belladone ou cigarettes de datura stramonium. (*Id.*) — R. L.

Les altérations du champ de la vision dans les diverses maladies de l'œil, par Minor. — Pour l'auteur, il existe des déformations particulières du champ de la vision, correspondant à chaque affection oculaire distincte, et pouvant dénoncer aussi certaines maladies ou intoxications générales. Ainsi dans la migraine, le champ visuel est souvent limité par une ligne brisée irrégulière, aspect dépendant probablement d'une ischémie rétinienne. Un scotome central pour le rouge indique une amblyopie nicotinique ou alcoolique.

La quinine et la salicine rétrécissent irrégulièrement le champ visuel avec un certain degré de daltonisme, et peuvent aller jusqu'à provoquer une amaurose complète. La rétinite pigmentaire rétrécit notamment le champ périphérique avec conservation de la vision centrale. Le glaucôme présente les lacunes du champ visuel du côté du nez, l'atrophie du nerf optique du côté temporal, avec des irrégularités de la ligne limitante et des scotomes qui aggravent le pronostic. (*Id.*) — R. L.

Myélite consécutive à l'empoisonnement par l'arsenic, par Ch. K. Mills. — Sept personnes ayant été empoisonnées après avoir consommé un certain pâté dans lequel l'analyse chimique révéla la présence de fortes doses d'acide arsénieux, Mills eut l'occasion d'observer sur deux des malades les symptômes nerveux graves, passant à la chronicité, dont on doit à Popow une récente et bonne description. Un enfant de 4 ans était mort en quelques heures ; quatre autres ont présenté des symptômes de gastrite avec quelques phénomènes nerveux de peu de gravité ; le cinquième cas forme la transition entre la forme relativement bénigne et la forme nerveuse grave, que le septième sujet a présentée dans tout son développement et dont, après trois mois, il n'est pas encore complètement remis : paralysies des extrémités, atrophies disséminées, réaction de dégénérescence, abolition des réflexes rotuliens, contractures, fourmillements, dysesthésies, hyperesthésies, douleurs articulaires et musculaires, revêtant parfois le caractère lancinant, pouls accéléré, émaciation. Tous ces symptômes plaident en faveur d'une myélite diffuse. Popow et Mierzeyewski avaient déjà conclu à une myélite centrale aiguë, à une poliomyélite aiguë dont les lésions débuteraient quelques heures même après l'absorption du poison. Les substances blanche et grise sont successivement envahies ; mais les nerfs périphériques restent sains à toutes les périodes de la maladie. (*The New-York med. Journ.*, 1883, p. 355.) — R. L.

Iodure de potassium dans les anévrysmes, par Weir. — Chez une femme de 60 ans, suspecte de syphilis, il existait une tumeur anévrysmale de la grosseur d'un œuf de poule à la partie inférieure du cou. De petites doses d'iodure de potassium en amenèrent peu à peu la diminution ; les pulsations cessèrent, de même que les symptômes céphaliques. Aucune induration ne se remarquait au siège de la tumeur. Des résultats aussi favorables paraissent avoir été obtenus chez un autre sujet non syphilitique. Ils sont dus probablement à la diminution de la tension sanguine, causée par l'action sur le cœur des sels de potasse, et non à de prétendues propriétés coagulantes. (*The New-York med. J.*, 1883, p. 411.) — R. L.

Carie de l'atlas et de l'axis, mort subite. — Le malade, âgé de 42 ans, avait beaucoup pâti en Australie et fait autrefois une grave chute sur les reins. Il se plaignait, au moment de son admission, de douleurs violentes au côté gauche du cou, exaspérées par le mouvement, et d'une autre douleur au sommet de la tête. Glandes cervicales développées. Dans les derniers jours, il y eut de l'altération de la voix, des vomissements bilieux, et on observa que la salive s'écoulait involontairement par l'angle droit de la bouche. Il mourut subitement en faisant un effort pour s'asseoir. On trouva à l'autopsie l'apophyse odontoïde cariée ; le même processus atteignait la moitié gauche de l'atlas, sa moitié droite n'était plus représentée que par quelques fragments d'os. La mort était évidemment due à la compression de la moelle allongée par l'apophyse laissée libre par la destruction du ligament transverse, sous l'influence d'une contraction des sterno-mastoïdiens. Le diagnostic avait erré, pendant la vie, d'un prétendu anévrysme de l'artère basilaire, à un abcès de la base du cerveau. (*The Lancet*, octobre 1882.) — R. L.

Le *traitement abortif du panaris par le vernis copal*, par A. Isham. — Le traitement a donné des résultats aussi rapides (deux à trois jours) que favorables, dans deux cas de panaris de la phalange unguéale du pouce, et cinq de panaris de l'indicateur. Il serait applicable même jusqu'au début de la période de suppuration. La douleur cède au bout de quelques heures. Le copal est étendu sur une compresse de flanelle, maintenue elle-même par une bande de flanelle. Quand le pansement se dessèche, il suffit, pour le renouveler, d'imprégner à nouveau la première compresse ; pour l'enlever, après guérison, on se sert d'un corps gras, de savon. L'auteur aurait encore plus de confiance dans un mélange de térébenthine et de copal. (*Philad. med. news*, n° 4, 1882.) — R. L.

Carie vertébrale chez les couturières, par J. Lopkine et R. Parry. — Sur 125 décès survenus à l'infirmerie métropolitaine de Londres en 1882, 3 seulement se rapportent à la carie vertébrale et les 3 sujets sont des couturières. Les auteurs sont tentés d'en faire la maladie professionnelle de ces femmes, que leurs travaux de couture tiennent à demi-courbées pendant douze heures sur vingt-quatre. Il est vrai qu'il s'agit, en l'espèce, de malades prédisposées. La première avait eu, dans sa jeunesse, une coxalgie traumatique ; la deuxième, un abcès osseux avec nécrose. La dernière avait, dès l'enfance, une déviation du rachis. (*The Lancet*, mars 1883.) — R. L.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 octobre 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

Sommaire : Suite de la discussion sur l'opération d'Estlander.

M. Després adresse une lettre relative à la discussion qui s'est élevée dans la dernière séance à l'occasion du rapport de M. Nicaise sur diverses observations d'opération de thoracoplastie. Dans cette discussion, M. Després avait cité le cas d'un individu atteint depuis dix ans d'une fistule pleurale, sans que son état général en fût profondément affecté, et auquel, par conséquent, il ne croyait pas devoir faire courir les chances d'une opération aussi grave que celle d'Estlander.

M. Després a revu depuis le malade en question, lequel lui a dit qu'il habitait la campagne, que sa santé générale continuait d'être satisfaisante, que sa fistule ne donnait presque plus, qu'il ne souffrait pas et qu'il respirait plus facilement.

M. Després espère que ce malade finira par guérir spontanément sans opération.

M. Chauvel est ensuite appelé à la tribune pour la continuation de la discussion sur le rapport de M. Nicaise.

Il rend compte de deux observations de thoracoplastie faites par lui cette année dans son service du Val-de-Grâce.

Observation Ire. — *Pleurésie purulente gauche traumatique. — Empyème. — Deux thoracoplasties à six mois de distance. — Amélioration.* — Le capitaine B..., 33 ans, à la suite de coups de sabre dans la région précordiale en janvier 1883, est atteint d'une pleurésie gauche. Il entre au Val-de-Grâce. On lui fait successivement quatre ponctions et une large incision donnant issue à quatre litres de pus. Le malade dépérit lentement ; en janvier 1884, il entre dans un service de chirurgie. Son poids en deux mois a diminué de trois livres ; l'ouverture fistuleuse, très en avant, correspond au sixième espace intercostal. Le périmètre thoracique à la hauteur des mamelons est de 83 centimètres. Une sonde pénètre de 22 centimètres de profondeur : la cavité purulente, mesurée par une injection, varie de 300 à 350 grammes.

Le 13 février, M. Mathieu, après avoir lavé la plèvre avec une solution forte de chlorure de zinc, fait un grand lambeau semi-elliptique englobant l'ouverture fistuleuse. Il résèque les huitième, septième, sixième, cinquième, quatrième et troisième côtes de 7 centimètres pour les deux arcs inférieurs, puis de 6, 5, 4 et 2 centimètres et demi pour les autres. La réunion immédiate a lieu : un peu de fièvre et de douleur vers l'aisselle ; on enlève les fils le quatrième jour ; déjà la paroi résiste sous la pression des doigts. Sept jours après l'opération, le périmètre thoracique est de 82 centimètres ; la capacité du foyer est de 230 grammes. Pour activer le retrait des parois, M. Mathieu essaye de la compression par divers bandages, mais les douleurs vives qu'elle occasionne la font supprimer. Grâce à un double drain placé dans la fistule, la cavité est nettoyée par des injections journalières avec une solution faible de chlorure de zinc. Six mois après l'opération, la circonférence du thorax est encore de 80 centimètres, la capacité du foyer de 200 grammes. Désireux de guérir, M. B... consent à une nouvelle opération. M. Mathieu pratique, le 23 août, une nouvelle thoracoplastie qui porte cette fois sur les quatrième, cinquième, sixième, septième, huitième et neuvième côtes qui sont largement réséquées. (M. Chauvel met ces fragments sous les yeux de la Société.) Loin d'arriver au contact, les extrémités des côtes réséquées en février étaient restées les unes des autres à une distance variable de 1 centimètre et demi à 5 centimètres de la quatrième à la septième, et des jetées osseuses de nouvelle formation, continuation directe des arcs osseux, réunissaient les bouts sectionnés ; dans ces conditions, le retrait ultérieur était impossible.

Pour éviter la reproduction osseuse, M. Mathieu excisa alors le périoste des côtes enlevées sur des longueurs variant de 11 à 4 centimètres. Malgré cela, il restait, en haut et en arrière, un cul-de-sac difficile à combler. L'intervention fut facilement supportée, et le 4 septembre, douze jours après l'opération, le malade se levait. Le 10 octobre, la capacité de la poche était de 120 à 125 grammes. Actuellement, le périmètre thoracique mesure 77 centimètres, le stylet pénètre aisément jusqu'à 7 et 8 centimètres. La plaie n'est pas fermée, des lavages sont faits chaque jour, un drain suffisant pour l'écoulement du pus, qui est séreux et abondant, est maintenu dans la fistule. La poitrine est

déformée, l'épaule gauche très abaissée et il se fait sur le rachis une courbure de compensation des plus évidentes. Bien que le malade se lève, marche et mange assez bien, il est peu probable qu'on puisse espérer une guérison complète.

Obs. II. — *Pleurésie purulente à gauche.—Empyème.—Thoracoplastie il y a sept mois et demi.—Amélioration.*—M. P..., 21 ans, sous-lieutenant, est atteint, en 1882, d'une bronchite avec hémoptysie : il entre le 2 mai 1883 au Val-de-Grâce avec une pleurésie purulente considérable. Après deux ponctions, l'empyème est pratiqué le 21 juin et donne issue à 3 litres de pus.

En février 1884, on constate que la cavité pleurale suppurante communique avec les bronches. M. P... réclame une intervention. Il est envoyé en chirurgie le 21 février 1884.

M. Mathieu constate l'existence d'une ouverture fistuleuse sur la ligne axillaire entre la sixième et la septième côtes gauches.

La circonférence thoracique est de 89 centimètres : la suppuration abondante est mêlée de mucosités spumeuses; le stylet pénètre de 12 centimètres de bas en haut, la contenance de la cavité est de 215 à 230 grammes.

Opération le 1er mars 1884, sans injection de chlorure de zinc : la couche musculaire n'est pas comprise dans le lambeau : la résection porte sur les troisième, quatrième, cinquième, sixième, septième et huitième côtes ; les parties enlevées mesurent 3, 5, 7, 9, 11 et 8 centimètres. La réaction fut assez vive, il y eut formation d'une série d'abcès, la plaie bourgeonne mal : cependant ces accidents s'apaisent vite. Le 22 mars, la circonférence thoracique est réduite à 86 centimètres, la cavité purulente est de 200 grammes environ. Des injections et des tentatives de compression sont faites successivement, mais sans amener d'amélioration.

Après avoir été à la campagne pendant quelque temps, M. P... est rentré au Val-de-Grâce le 10 octobre. L'écoulement purulent est toujours considérable, mais sans bacilles tuberculeux, le périmètre thoracique est de 84 centimètres, la cavité mesure 115 à 120 grammes et se trouve surtout en haut et en arrière. Dans ce cas encore la guérison complète est peu probable.

Ces deux observations semblent autoriser les conclusions suivantes :

1° Par elle-même, la thoracoplastie n'est pas une opération grave ;

2° On peut sans trop de peine remonter jusqu'à la troisième côte en taillant un lambeau musculo-cutané, semi-elliptique à base postéro-supérieure. Pour atteindre la deuxième et la troisième côtes, il est indispensable de diviser le grand pectoral ;

3° Les dimensions et la situation du lambeau doivent être en rapport avec l'étendue de la résection ; il ne faut pas craindre d'enlever les arcs costaux dans la plus grande longueur possible et de remonter le plus haut possible ;

4° On devra abandonner la méthode sous-périostée, même sur des adultes ;

5° Les résultats acquis au bout de quelques semaines semblant être définitifs, il est bon, si une intervention nouvelle est nécessaire de la pratiquer au bout de cinq ou six mois ;

6° Quand le malade est dans l'âge moyen de la vie et que la cavité purulente est considérable, une seule résection est le plus souvent insuffisante ; une seconde intervention est nécessaire pour obtenir la guérison complète.

M. Bouilly lit une *Note sur l'opération d'Estlander.*

L'auteur a pratiqué *six* fois cette opération sur *cinq* malades, l'un d'eux ayant dû la subir deux fois à deux ans d'intervalle. Trois de ces opérés ont été présentés à la Société de chirurgie et l'histoire des deux premiers opérés a été le point de départ du remarquable rapport lu à cette occasion par M. Berger.

Le premier opéré, âgé de 20 ans, et portant une fistule pleurale suppurant depuis cinq ans, a guéri en trois semaines par la résection de portions des sixième et septième côtes. — Six semaines plus tard, la fistule se rouvrit, elle fut dilatée avec de la laminaire; de l'iodoforme en poudre fut insufflé dans le cavité, et, au bout de deux mois, la guérison était définitive.

Le deuxième opéré, âgé de 31 ans, était atteint d'une pleurésie purulente ouverte dix mois auparavant et donnant lieu depuis cette époque à une suppuration abondante par une fistule intarissable. La cavité pleurale admettait un litre de liquide ; le malade était tout à fait dans l'hecticité et près de succomber.

Quatre côtes furent réséquées dans l'étendue de 5 à 6 centimètres. Le malade, très affaibli, ne fut sauvé que grâce aux soins dont il fut entouré et au gavage régulièrement pratiqué pendant six semaines.

[illegible] de sept mois, le malade quittant l'hôpital, portait un petit trajet fistuleux

dans lequel on insinuait seulement un centimètre et demi de tube et quelques gouttes de liquide. Il est aujourd'hui définitivement guéri.

Le troisième opéré avait une cavité pleurale suppurante de 12 centimètres environ d'étendue en hauteur et en profondeur. Cette large cavité fut complètement fermée en quinze jours.

Une résection de cinq côtes lui fut pratiquée à la campagne le 25 décembré 1883, et, le 18 janvier 1884, le malade quittait la chambre complètement guéri.

Cette série heureuse devait être interrompue par un revers complet.

Il s'agit d'un homme de 30 ans, en traitement à l'hôpital Necker dans le service de M. Guyon. En septembre 1882, l'opération de l'empyème lui est pratiquée dans le service de M. le docteur Rigal ; en mars 1884, la suppuration est toujours très abondante par l'ouverture faite entre la huitième et la neuvième côtes gauches. L'état général est suffisamment bon ; la recherche des bacilles dans les crachats est négative. La cavité pleurale est énorme ; la grande sonde à exploration vésicale disparaît presque en entier, qu'on la dirige soit en haut vers la clavicule, soit en arrière vers la face postérieure du thorax. Une sonde métallique à grande courbure peut-être retournée en tout sens, sans toucher les bords.

Etant donné l'état général du malade, l'absence de toute manifestation appréciable de tuberculose, la persistance de la cavité suppurante, M. le professeur Guyon pense à la possibilité de l'opération d'Estlander et prie M. Bouilly de la pratiquer.

Elle fut faite le 22 mars 1884. Une longue incision de 25 centimètres est pratiquée de la deuxième à la dixième côtes, passant au niveau de l'orifice fistuleux où elle croise à angle droit deux incisions presque transversales de manière à offrir l'image d'un T renversé ⊥. Huit côtes sont rapidement réséquées de la neuvième à la deuxième, dans une étendue variant de 6 à 9 centimètres 1/2.

La plaie est réunie par des fils métalliques ; un drainage profond et superficiel est soigneusement établi.

La cavité pleurale est largement lavée à la solution de chlorure de zinc à 5 p. 100.

Dès le lendemain, le 23 au matin, la température montait à 39°,4 pour atteindre 40°.

Le 24, quoique la température fut descendue à 37°8, le malade était très oppressé et très souffrant avec une fréquence extrême du pouls.

Le 26, frisson ; suintement sanguinolent abondant par la plaie pleurale et sous les lambeaux ; le facies est mauvais, la dyspnée est extrême et, le soir, le pouls est irrégulier.

Le 28, le malade succombe avec une dyspnée très prononcée. Il mourait d'une septicémie suraiguë développée dès le lendemain de l'opération.

La cinquième opération pratiquée par M. Bouilly est encore trop récente pour qu'on puisse apprécier dès aujourd'hui son résultat définitif.

Il s'agit d'un homme de 25 ans, portant un empyème chronique depuis plusieurs années, sans apparence de tuberculose pulmonaire. La cavité pleurale très considérable mesurait 18 à 20 centimètres dans le sens antéro-postérieur.

La persistance de la suppuration et l'inutilité des injections longtemps prolongées engagèrent M. Tillaux, dans le service duquel se trouvait le malade, à tenter la résection costale pour combler cette vaste cavité. Il pria M. Bouilly de la pratiquer.

Elle fut faite dans les premiers jours d'août dernier. Sept fragments de côtes de 7 à 9 centimètres de longueur furent enlevés ; les suites immédiates furent très simples.

Mais aujourd'hui, 14 octobre, deux mois après l'opération, l'écoulement est encore abondant et le malade n'est pas guéri. Le temps n'est pas encore suffisant pour que l'on puisse se prononcer sur le résultat définitif ; mais, étant donnée la capacité considérable de la cavité primitive, il est à craindre que la guérison ne soit difficile à obtenir et qu'une nouvelle intervention ne devienne nécessaire.

Enfin c'est le premier malade de M. Bouilly, opéré en 1882, qui a été le sujet de la sixième opération, une nouvelle intervention ayant été rendue nécessaire par la réouverture de la fistule, quatre mois après une cicatrisation qui avait paru devoir être définitive.

En résumé, les résultats obtenus par M. Bouilly jusqu'à ce jour se chiffrent de la manière suivante : sur 5 opérés, 6 opérations; 2 succès complets , l'un obtenu très rapidement en quinze jours, l'autre après une longue période de sept mois; 1 succès qui reste complet pendant quatre mois, au bout desquels se reproduit une suppuration peu abondante nécessitant une nouvelle intervention; — 1 cas de mort en six jours par septicémie aiguë; 1 amélioration chez un sujet encore en traitement.

Après quelques considérations sur les causes des insuccès et sur les conditions que

doit remplir l'opération pour être curative, M. Bouilly termine en déclarant qu'il est heureux de constater que les chirurgiens sont aujourd'hui mieux armés contre les suppurations chroniques consécutives à la pleurésie purulente, et il est convaincu que des progrès se feront encore dans cette voie.

M. VERNEUIL croit devoir intervenir, non pour apprécier et juger l'opération dite d'Estlander (et qui devrait plutôt, suivant lui, porter le nom d'opération de Létiévant, puisque c'est le chirurgien de Lyon qui l'a pratiquée le premier), mais pour présenter quelques observations à propos de la communication si intéressante de M. Bouilly.

M. Verneuil déclare qu'il n'a jamais pratiqué cette opération, mais qu'il est sur le point de la faire sur un malade qui se trouve dans les conditions de plusieurs de ceux qui ont été opérés avec succès par son élève et ami.

Comme M. Bouilly, M. Verneuil est peu disposé à faire la thoracoplastie chez des tuberculeux.

En dehors de cette diathèse qui lui semble commander l'abstention, les indications opératoires lui paraissent devoir être subordonnées à une question de diagnostic, qui est la suivante : quelles sont les dimensions de la cavité suppurante? A cet égard, l'exploration au moyen des instruments est souvent insuffisante et trompeuse. Les injections permettent de se rendre mieux compte de la capacité du foyer, et M. Verneuil en a eu la preuve dans le cas du collègue de la Société de chirurgie atteint de fistule pleurale qu'il a opéré avec un plein succès, sans avoir besoin de recourir à la thoracoplastie. Il avait reconnu, grâce aux injections, que le foyer avait une très minime étendue, et il en avait conclu qu'au lieu de produire les grands délabrements de l'opération d'Estlander, il suffisait de recourir à une opération vieille comme la chirurgie, qui consiste à agrandir suffisamment l'ouverture de la fistule pour faciliter l'issue du liquide purulent et favoriser la cicatrisation, en y joignant, s'il y a lieu, une simple résection costale lorsqu'un fragment nécrosé entretient la suppuration.

On dirait, à en croire les partisans enthousiastes de l'opération d'Estlander, qu'il faut recourir à cette opération toutes les fois qu'une fistule pleurale dure depuis un certain temps. Or, la thoracoplastie implique nécessairement l'obligation de faire une très grande perte de substance à la paroi thoracique, et la statistique a enregistré déjà d'assez nombreux cas de mort à la suite de cette opération.

Il ne faut donc la pratiquer qu'avec pleine connaissance de cause et ne pas s'exposer à la faire d'emblée, alors qu'une simple résection costale eût été parfaitement suffisante pour amener la guérison.

M. Verneuil a eu l'occasion d'opérer un officier de marine qui lui avait été adressé par M. le docteur Machenaud (d'Angoulême). Cet officier avait contracté en Cochinchine une grave pleurésie purulente du côté droit prise pour un vaste abcès du foie.

L'examen attentif du malade fit diagnostiquer à M. Verneuil une pleurésie purulente à double foyer, un foyer profond et un foyer superficiel communiquant l'un avec l'autre par une ouverture spontanée de la paroi. Il émit, en outre, l'idée de la possibilité d'un abcès costal sous-périosté comme un point de départ de la suppuration, sans s'arrêter d'ailleurs à ce détail du diagnostic qui lui semblait alors toucher presque à la fantaisie.

Il y avait une cavité énorme; une incision du foyer extérieur par le thermocautère permit d'évacuer ce foyer et d'explorer la paroi pour y rechercher l'ouverture de communication avec le foyer intrathoracique. Il se fit, quelques jours après cette opération, une issue extrêmement abondante de liquide purulent, à la suite de laquelle l'ouverture de communication, qui n'avait pu être constatée jusqu'alors, devint manifeste et par laquelle, à l'aide d'un stylet explorateur, il fut possible de reconnaître l'existence d'une nécrose costale.

Le diagnostic de M. Verneuil se trouva ainsi complètement vérifié, même dans la partie qui lui avait semblé quelque peu aventureuse.

La résection de la partie nécrosée de la côte amena une guérison rapide et complète, si bien que le malade reprenait peu de temps après son service d'officier de marine.

Ainsi, dans ce cas extrêmement grave, un simple débridement avec résection d'un fragment de côte nécrosée, a suffi pour produire la guérison.

M. Verneuil avait récemment dans son service un jeune homme qui s'était tiré un coup de pistolet dans la région du cœur. Il se produisit, à la suite, un hydro-hémothorax qui se transforma en une collection purulente très considérable. A trois reprises, M. Verneuil fut sur le point de faire à ce malade la résection costale; mais il suffit, en somme, d'agrandir l'ouverture de la plaie thoracique et d'y introduire un gros drain, pour obtenir la guérison complète en cinq ou six semaines, sans aucune espèce d'autre opération.

Dans le cas du collègue auquel M. Verneuil a déjà fait allusion, la cause qui s'opposait à la guérison était un épaississement considérable de la plèvre par des fausses membranes qui tapissaient le trajet fistuleux et qui formaient un anneau fibreux dur comme du cartilage, dans lequel le doigt était fortement serré. L'opération d'Estlander n'aurait évidemment servi à rien. Il a suffi de réséquer la portion épaissie de la plèvre, ainsi qu'une portion de côte nécrosée, pour amener l'oblitération de la cavité d'ailleurs peu considérable dans laquelle la suppuration était ainsi entretenue en quelque sorte indéfiniment.

Il faut donc s'enquérir et de la cause qui empêche la cicatrisation d'une fistule pleurale et de la capacité de la cavité suppurante avant d'en venir à l'opération. Lorsqu'on se trouve en présence d'une cavité dont le diamètre ne dépasse pas 7 ou 8 centimètres, il n'y a pas lieu de recourir à l'opération d'Estlander. On devra se contenter d'une simple résection costale.

Si la persistance de la fistule est due à l'épaississement de la plèvre par des fausses membranes, on ne fera pas l'opération d'Estlander, mais on agrandira l'ouverture fistuleuse en pratiquant une perte de substance qui s'étende à la plèvre épaissie, celle-ci constituant le véritable obstacle à la cicatrisation ; on y joindra, s'il y a lieu, la résection d'une ou deux côtes.

En résumé, dans le traitement des fistules pleurales il importe de faire une distinction entre les grandes et les petites cavités, s'attacher surtout à bien découvrir la nature de la cause qui s'oppose à leur cicatrisation, et ne pas recourir d'emblée à l'opération d'Estlander par le seul fait de la persistance de l'ouverture fistuleuse.

— La discussion sera continuée. — A. T.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 10 au 16 octobre 1884. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 969. — Fièvre typhoïde, 15. — Variole, 1. — Rougeole, 19. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 2. — Diphthérie, croup, 31. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 5. — Infections puerpérales, 7. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. aiguë, 35. — Phthisie pulmonaire, 218. — Autres tuberculoses, 11. — Autres affections générales, 53. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 52. — Bronchite aiguë, 19. — Pneumonie, 52. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 39 ; au sein et mixte, 36 inconnues, 5. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 93 ; circulatoire, 63 ; respiratoire, 77 ; digestif, 62 ; génito-urinaire, 25 ; de la peau et du tissu lamineux, 5 ; des os, articulat. et muscles, 3. — Morts violentes, 34. — Causes non classées, 6.

Le service de Statistique municipale a compté, pendant la semaine actuelle, 969 décès au leu de 852, qui avaient été observés pendant la semaine précédente. Cependant les maladies épidémiques continuent relativement à être rares ; le relèvement du nombre des décès est dû principalement, ainsi que nous l'établissons, à l'augmentation des maladies de l'appareil respiratoire.

La Fièvre typhoïde (15 décès au lieu de 19) continue à présenter la singulière décroissance sur laquelle nous avons attiré l'attention dans notre dernier Bulletin. Tandis qu'elle est, en règle générale, plus fréquente en octobre que dans les autres mois, cette année elle est, au contraire, plus rare qu'elle ne l'avait été dans aucune autre saison. L'année 1866 est la seule qui ait présenté une pareille anomalie.

La Rougeole (19 décès au lieu de 14) continue à être assez rare, ainsi qu'elle l'est toujours à cette époque de l'année. La Coqueluche (2 décès au lieu de 7) présente un chiffre exceptionnellement faible. La Variole (1 décès au lieu de 2) et la Scarlatine (0 décès au lieu de 3) font toujours très peu de victimes.

La Diphthérie (31 décès au lieu de 20) est la seule maladie épidémique dont la fréquence ait augmenté cette semaine. Cet accroissement déplorable est certainement dû à une cause locale au XI[e] arrondissement (6 décès au lieu de 1) et au quartier de Belleville, qui lui est contigu (5 décès au lieu de 1). Nous appelons l'attention des médecins des écoles de ces quartiers sur cette terrible maladie. La bonne hygiène de l'école est le corollaire de l'instruction obligatoire.

On nous signale quelques cas d'Érysipèle de la face dans les quartiers de la Goutte-d'Or et de la Chapelle ; cependant l'Érysipèle n'a pas causé, pendant cette semaine, un nombre très élevé de décès (5 décès au lieu de 2).

L'Athrepsie (gastro-entérite) des jeunes enfants (80 décès au lieu de 95), diminue progressivement à mesure que la température s'abaisse.

Le service de Statistique a été informé de un décès par « choléra nostras » qualifié tel par le médecin traitant, et de 2 décès survenus à l'hôpital par une maladie cholériforme dont la nature n'a pu être nettement définie par le médecin traitant : l'une de ces deux malades est une femme habitant l'un des plus pauvres quartiers de Rouen, l'autre est une ouvrière domiciliée à Aubervilliers.

Nous disions au début de ce Bulletin que les maladies de l'appareil respiratoire, avaient seules contribué à l'accroissement du nombre des décès. En effet la Pneumonie a causé 52 décès au lieu de 43, comptés la semaine dernière, la Bronchite 19 au lieu de 16, la Phthisie pulmonaire 218 au lieu de 165, et les autres maladies de l'appareil respiratoire 77 au lieu de 50. Soit en tout 376 décès causés par maladies des voies respiratoires au lieu de 274. L'abaissement de la température a donc déterminé des maladies aiguës quelquefois mortelles et a surtout précipité la fin d'un grand nombre de malheureux atteints d'affections chroniques.

Le service de Statistique a reçu notification de 417 mariages (et 435 la semaine précédente). Ces nombres sont assez élevés, ainsi qu'il arrive toujours à Paris, dans les deux semaines qui précèdent et qui suivent les jours où se paient les loyers.

Le service de Statistique a enregistré 1186 naissances d'enfants vivants (596 garçons et 590 filles), dont 857 légitimes et 329 illégitimes ; parmi ces derniers 48 ont été reconnus immédiatement après la naissance par l'un des parents ou par les deux.

Dr Jacques Bertillon.
Chef des Travaux de la Statistique municipale de la Ville de Paris.

FORMULAIRE

Emplatre gris. — Sigmund.

Emplâtre mercuriel..........	} ââ	30 grammes
Emplâtre de savon..........		

Mêlez à une douce chaleur, et étendez sur une toile fine non empesée. — Cet emplâtre est apliqué sur les tumeurs d'origine syphilitique, sur les papules, végétations, gerçures qui reconnaissent la même cause, sur le testicule induré, etc. On peut le façonner en bougies ou en suppositoires, qu'on introduit dans l'urèthre ou dans le rectum, en cas d'indurations syphilitiques. — N. G.

COURRIER

Erratum. — Dans notre numéro de jeudi dernier, à propos de l'emploi de la peptone phosphatée dans les vomissements incoercibles de la grossesse, nous avons imprimé à la fin du dernier alinéa : peptone phosphatée Boujard, c'est *Bayard* qu'il faut lire.

Société de médecine d'Anvers. — Questions adoptées par la Société pour le concours 1884-1885.

Première question : Discuter les dangers de la chloroformisation et les méthodes capables de les prévenir.

Deuxième question : Exposer le traitement de l'eczéma.

Troisième question : Étudier transfusion du sang et d'autres liquides réparateurs.

Quatrième question : Exposer et discuter le traitement de l'épanchement pleurétique purulent.

Les mémoires doivent être envoyés avant le 1er juin 1885 à M. le secrétaire de la Société, sous les formes académiques ordinaires.

Enseignement libre. — *Cours d'accouchements de MM. Bar et Auvard.* — M. Auvard commencera le cours le lundi 3 novembre. Les leçons auront lieu chaque jour à quatre heures et demie 5, *rue du Pont-de-Lodi.*

Pour les renseignements et pour se faire inscrire, s'adresser à M. le docteur Auvard les lundi, mercredi et vendredi, de une heure à deux heures, 21, rue de Lille.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs

Sommaire

BULLETIN

Les articles de formes et de tempéraments divers se multiplient sur l'*internat des femmes*. On le réclame au nom de la justice et de la liberté ; on l'accorde par galanterie ou par indifférence. En fin de compte, il s'agit de l'internat d'*une* femme. C'est une jeune fille qui seule fait tout ce tapage, visite les chefs de service, recueille des signatures et se répand dans la presse politique.

Le grand argument, c'est qu'ayant donné l'externat, la logique, le droit même exigent d'aller plus loin et d'accorder successivement tous les grades. On oublie qu'à l'époque où l'externat leur fut ouvert, les femmes se firent très humbles et prirent le ciel à témoin qu'elles n'avaient pas de visées plus hautes. Si bien qu'on écrivit dans le règlement que les étudiantes ne concourraient pas à l'internat. Il serait donc plus logique, à notre avis, de s'en tenir à la convention faite.

Il est vrai qu'un règlement peut être mal bâti. Mais qu'on pense aux hernies étranglées, aux rétentions, aux infiltrations d'urine qui sont le pain quotidien des internes de garde : le règlement, respectueux des intérêts que n'ont pas reniés encore la plupart de nos femmes françaises, était fondé sur le bon goût et sur le sens commun. En dépit des plus beaux raisonnements, il est difficile d'échapper à « l'argument sexuel ».

Et cependant la jeune fille a déjà recueilli, on nous l'affirme, quelques signatures de haut vol. Voilà bien comme nous procédons toujours, isolément, sans accord, et comme la diversité de nos vues livre l'administration à d'autres influences et autorise toutes ses incongruités.

Il y a des femmes-médecins d'une dignité parfaite, d'une instruction suffisante, et dont la vocation est absolument respectable; aussi demandons-nous qu'on ne leur ferme pas l'accès de la carrière. Mais il faut bien avouer que la femme-médecin est une anomalie, une difformité sociale; plus fréquente en Amérique, voilà tout. Dans le Nouveau-monde, la femme est un objet dispendieux qui souvent reste sur le pavé ; aussi est-elle poussée hors de ses voies naturelles. Chez nous, elle oublie rarement qu'elle est femme ; aussi peut-on la cultiver et l'instruire sans craindre qu'elle en abuse, ni qu'elle cherche à devenir soldat, maçon ou agent de change. Faut-il, pour quelques étrangères qui n'auront jamais en France que de rares imitatrices, jeter le désarroi dans une institution destinée à produire, non des monstres, mais l'élite des générations médicales?

Ce que le législateur a refusé d'abord, souvent les mœurs l'imposent, et les meilleures lois se font ainsi. Mais est-on bien sûr que d'ores et déjà nos mœurs réclament l'admission des femmes à l'internat et aux grades qui s'ensuivent? Tel n'est pas l'avis de Paul Dubray, qui, dans sa dernière *Causerie* (*Union méd.* du 18 octobre), nous donnait contre l'internat des femmes d'excellentes raisons, et d'autant plus valables que son cœur est plein, pour la doctoresse en général, d'indulgence et de sympathie.

Après tout, la question n'est pas de celles qui parviendront à nous passionner. J'entends d'ici un des illustres signataires de la pétition répondre à la jeune fille : « Mademoiselle, je signe des deux mains, car j'ai un fils qui bientôt sera interne, et pour rien au monde je ne voudrais le voir privé d'un aussi charmant collègue. Ce n'est pas de mon temps que les internes auraient protesté! »

— L'Assistance publique est toujours sans directeur. On assure que la perspective d'être ballotté entre le ministère, la préfecture et le Conseil municipal, rebute les candidats. Aussi peut-on lire dans les journaux qu'en présence de tous ces refus, « le successeur de M. Ch. Quentin sera choisi, non parmi les hommes politiques, mais parmi les administrateurs ». Chose inouïe, pour administrer, on va prendre un administrateur! Faut-il que nous soyons à ce point dépourvus! Par ce temps fertile en miracles, celui-là nous paraît des plus extraordinaires. — L.-G. R.

Hôpital Bichat. — Service de M. le Dr F. Terrier.

Fibromyome de l'ovaire. — Ovariotomie. — Guérison.

(Observation recueillie par H. Hartmann, interne du service)

Mme Veuve Grand, née Prestat, 43 ans, caissière, 47, avenue de Clichy, entre le 11 novembre 1883, à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, n° 24, pour une tumeur abdominale.

Antécédents. — Le père est mort d'une affection du foie. La mère est vivante, mais souvent malade et sujette à des douleurs abdominales. Plusieurs sœurs sont mortes très jeunes.

Pendant son enfance, Mme G... s'est assez bien portée, elle a été réglée à 11 ans, très régulièrement; les règles duraient huit jours et étaient peu abondantes. Mariée à 15 ans, elle eut trois fausses couches: la première à 15 ans et demi; la deuxième à 17 ans; la troisième à 19 ans; toutes de deux mois et demi. En 1856, à la suite d'une frayeur, elle fut prise d'attaques d'hystérie qui se renouvelaient au début tous les deux jours et continuèrent à se montrer jusqu'en 1867. En 1864, à la Havane, elle contracta la fièvre jaune. Presqu'à la même époque, elle fut traitée pour une déviation utérine.

En 1875, des douleurs abdominales très vives se montrèrent; en même temps survint une gêne et une pesanteur dans le bas-ventre. La malade put alors constater la présence d'une tumeur grosse comme un œuf de pigeon, indolente, qui siégeait à gauche de l'abdomen et était immobile. En 1878, pendant huit jours, elle eut une poussée de péritonite avec tuméfaction considérable de l'abdomen et vomissements bilieux. Les règles restèrent à peu près régulières jusqu'aux premiers jours du mois de juin 1881. A cette date, l'abdomen augmenta graduellement de volume; des douleurs plus vives se montrèrent du côté gauche. Les digestions étaient pénibles, la miction difficile; pas de constipation.

Le 1er décembre 1882, le docteur A. Thevenot fit, en ville, une première ponction et retira 12 litres d'un liquide citrin et non visqueux. M. F. Terrier, consulté le 16 décembre 1882, diagnostiqua un kyste de l'ovaire et conseilla l'opération.

Le 1er mai 1883, deuxième ponction, 12 litres de liquide.

Le 15 juin, troisième ponction, 20 litres de liquide. A cette époque les membres inférieurs s'œdématièrent.

En septembre, quatrième, cinquième, sixième ponctions; à chaque ponction, environ 20 litres de liquide présentant toujours les mêmes caractères qu'à la première. Les règles se supprimèrent.

En octobre, septième ponction, donnant 20 litres de liquide. Toutes ces ponctions furent faites par le docteur A. Thevenot.

Le 11 novembre, Mme G... se décide à entrer dans le service de Bichat.

Le 13 novembre. — Huitième ponction, 25 litres de liquide citrin, albumineux. Le soir, frisson, 38°,2, toux assez violente. Piqûre de morphine.

Le 25 novembre. — Neuvième ponction, 20 litres de liquide. M. F. Terrier, palpant la malade après la ponction, croit sentir une tumeur pédiculée sur l'utérus qui est mobile et volumineux.

Le 9 décembre. — L'abdomen est très développé, sa forme générale un peu aplatie, évasée sur les parties latérales. Les parois sont œdématiées dans la portion sous-ombilicale. On y remarque un réseau veineux assez développé. L'ombilic est déplissé, mais sans saillie. Presque tout le ventre est mat et cette matité se limite supérieurement par une ligne concave en haut qui laisse au niveau de l'épigastre une petite zone sonore.

Sensation de flot dans toute l'étendue de l'abdomen. La circonférence ombilicale mesure 1 mètre 12. De l'ombilic à l'appendice xiphoïde, il y a 24 centimètres 5 ; au pubis, 27 centimètres 5 ; à l'épine iliaque antéro-supérieure droite, 32 centimètres ; à la gauche, 32 centimètres 5. Au toucher le col est sain, en place, mobile.

Les membres inférieurs sont œdématiés. Les urines rares (500 grammes environ), sans sucre ni albumine. La malade ne peut se coucher horizontalement à cause de la dyspnée qui survient alors. Congestion des deux bases du poumon. Rien au cœur. Face pâle, amaigrie, traits un peu tirés.

11 décembre. — Opération faite par M. Terrier, avec l'aide de MM. F. Périer, Berger et G. Richelot. Incision médiane de 12 centimètres, sous-ombilicale ; les parois sont minces et vasculaires, le péritoine est ouvert dans une petite étendue de façon à laisser écouler peu à peu le liquide ascitique. On en recueille 18 litres environ.

L'abdomen est alors plus largement ouvert, et avec le trocart aspirateur on retire encore 7 litres de liquide ascitique. Soit, en tout, 25 litres.

On découvre alors, répondant au bord supérieur de l'utérus et du ligament large gauche, une tumeur du volume des deux poings ; tumeur dure, bosselée et très vasculaire. Cette tumeur, manifestement indépendante de l'utérus, est formée par l'ovaire gauche dégénéré. L'ovaire droit est sain et occupe sa place normale.

A la partie inféro-droite de cette tumeur se rend un pédicule vasculaire considérable, formé par l'épiploon adhérent en bas et enroulé sur lui-même, comme le serait le cordon ombilical. De grosses artères rampent dans ce cordon, entourées de veines énormes, sur la circulation desquelles agit la respiration, car elles se vident lors de l'inspiration.

Ce cordon est sectionné entre deux pinces courbes et lié solidement du côté de l'intestin par un double nœud en catgut.

On isole peu à peu la tumeur, d'abord des adhérences situées vers le bas-fond vésical, adhérences qui sont saisies par une pince courbe et liées avec deux fils de soie, disposés en *x*. Deux autres ligatures, avec des fils de soie fine, sont placées sur des adhérences vésicales donnant pas mal de sang.

Enfin, le pédicule de la tumeur, qui correspond au bord supérieur du ligament large gauche, et très large, est lié avec trois anses de fils de soie, disposées en chaîne.

En résumé, la tumeur enlevée, il y avait dans le ventre et d'arrière en avant : trois anses de fils de soie sur le pédicule; deux ligatures isolées sur les vaisseaux des adhérences vésicales ; deux anses de fils de soie en chaîne répondant aux adhérences de la partie supérieure de la vessie.

La toilette péritonéale fut faite rapidement.

Les sutures de la paroi furent au nombre de sept profondes et trois superficielles.

La durée de l'opération, faite avec toutes les précautions listériennes, a été de quarante-cinq minutes.

Pendant l'opération, on a évacué 25 litres de liquide ascitique. Le poids de la tumeur enlevée est de 275 grammes. Cette tumeur offre à peu près la forme et le volume d'un rein. A une de ses extrémités, près du bord concave, où se trouvaient le plus d'adhérences, s'implante l'épiploon rappelant, comme forme extérieure et comme volume, le cordon ombilical. Un des bords est convexe, l'autre presque rectiligne offre les sections diverses faites pour séparer la tumeur de ses adhérences. La surface de la tumeur est un peu lobulée, on y remarque de nombreux tractus fibreux qui circonscrivent même par places des aréoles superficielles. Ces tractus fibreux font partie d'une sorte de capsule qui enveloppe la tumeur en lui adhérant. On peut cependant la détacher sous la forme d'une lame mince, presque celluleuse et transparente, parcourue par ces travées fibreuses qui font saillie à sa face externe et y déterminent des reliefs.

Sur une des faces de la tumeur, on voit par transparence, à travers la capsule des extravasats sanguins, les uns rougeâtres, les autres noirs, ecchymotiques. Sur une coupe normale, on constate que la tumeur offre un tissu d'aspect général sarcomateux, offrant une surface très inégalement mamelonnée. Quelques tractus fibreux grisâtres se voient encore, parcourant la masse générale de la tumeur un peu couleur chair de saumon. Cette tumeur est facilement séparable en deux lobes ; l'un, opposé à l'insertion de l'épiploon, est un peu plus petit que l'autre; presque au centre de ce dernier on voit, dans une sorte de cavité, une masse de forme assez irrégulièrement polyédrique, d'un blanc opalin, facilement séparable par l'ongle du reste de la tumeur.

L'examen histologique de la tumeur, fait par M. Malassez, a montré qu'il s'agissait d'un *fibromyome* de l'ovaire (1).

(1) La pièce a été présentée à la Société anatomique le 4 janvier 1881. — Voir aussi le *Progrès médical*, p. 546, 1884.

Le 11 décembre. — Soir, 38°7; 110 puls.; 26 resp.

Le 12. — 38°2; 106 puls.; 24 resp. le matin; 39°2; 94 puls.; 28 resp. le soir. La malade a passé une bonne nuit.

Le 13. — 38°3; 110 puls.; 32 resp. le matin; 38°4; 98 puls; 26 resp. le soir. Emission gazeuse par l'anus.

Le 14. — 37°6; 106 puls.; 28 resp. le matin; 39°6; 98 puls.; 26 resp. le soir. La malade urine seule. Un potage. Un litre de lait.

Le 15. — 37°3; 88 puls.; 24 resp. le matin; 37°8; 104 puls.; 26 resp. le soir. Pansement. On retire trois fils superficiels et trois fils profonds.

Le 16. — 37°6; 88 puls.; 28 resp. le matin; 38°2 le soir.

Le 17, la température retombe à la normale et s'y maintient les jours suivants. Tout va bien jusqu'au 22 décembre, où la température commence à s'élever de nouveau pour atteindre, le 27 au soir, 39°1. En même temps, la région hypogastrique devient un peu douloureuse, à la palpation qui dénote au niveau de la partie inférieure de la cicatrice une plaque d'induration. Il y a de la polyurie (deux à trois litres d'urine par jour). Un vésicatoire est appliqué à l'hypogastre.

Le 29, la température retombe à 37° et s'y maintient jusqu'à la guérison complète de la malade, qui va de mieux en mieux, bien que la plaque d'induration ne diminue qu'avec une très grande lenteur et que la polyurie persiste. — Mme G... sort guérie le 11 janvier 1884.

Les règles sont revenues le 12 février avec quelques troubles vésicaux et des douleurs de reins. Depuis cette époque, les règles sont normales et sans douleur. La malade engraisse beaucoup.

Le 8 juillet 1884. — L'état général est bon et la malade dit se porter très bien.

Le 29 juillet 1884. — L'état général est excellent. La cicatrice, longue de 11 centimètres 1/2, est presque linéaire. Il n'y a qu'une très légère éventration sur toute la longueur de l'incision. L'induration prévésicale est complètement résorbée.

RÉFLEXIONS. — Un fait très curieux de cette observation, c'est la difficulté de déterminer la cause de l'énorme ascite que présentait la malade. Cette difficulté se comprend, si l'on tient compte du peu de volume de la tumeur ovarienne, qui pesait 275 grammes. Celle-ci, en effet, profondément située dans le bassin, n'était accessible qu'immédiatement après la ponction de l'ascite, et encore était-il difficile de l'atteindre.

La nature de la néoformation, fibromyome pour notre excellent ami et distingué confrère M. Malassez, mérite encore d'attirer l'attention. Ces tumeurs ovariennes sont en effet rares, et, vu l'ascite concomitante, elles paraissent beaucoup moins bien tolérées que les kystes multiloculaires ovariques. Notons toutefois que, lorsque ceux-ci offrent des végétations polypiformes extérieures, ils déterminent aussi beaucoup d'ascite.

La singulière adhérence de l'épiploon, roulé en corde, avec des veines volumineuses et se vidant sous l'influence de l'inspiration, est encore un point à signaler. Ajoutons que les adhérences vésicales et le large pédicule de la tumeur ont nécessité une série de sept ligatures, dont cinq avec du fil de soie assez volumineux. Ceci nous explique pourquoi, après dix jours d'un état excellent, il a pu survenir du côté du bas-ventre et en avant de la vessie un phlegmon qui d'ailleurs n'a pas suppuré.

Remarquons encore l'anurie relative avant l'opération, suivie d'une polyurie caractérisée après l'intervention chirurgicale. Le péritoine n'excrétant plus de liquide, le rein l'a suppléé pendant quelque temps.

Enfin, malgré la nature de la tumeur ovarienne, Mme G... a retrouvé toute sa santé et toutes ses forces; elle a notablement engraissé et ses règles sont revenues normales deux mois après l'opération.

BIBLIOTHÈQUE

ÉTUDE SUR LA SUEUR ET LA SALIVE DANS LEUR RAPPORT AVEC L'ÉLIMINATION, par le docteur Paul BINET, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1884.

M. P. Binet est très versé dans la chimie; c'est un avantage dont beaucoup de médecins sont privés. Aussi les travaux du genre de celui-ci sont-ils rares. Il faut, pour les

mener à bien, pouvoir unir aux connaissances thérapeutiques et cliniques une habitude de l'expérimentation que donne seule la longue fréquentation des laboratoires.

Les déchets fixes, résultant du mouvement d'assimilation et de désassimilation qui constitue l'acte essentiel de la vie, s'éliminent surtout par la bile et la diurèse; mais, dans quelle mesure la salivation et la sudation peuvent-elles suppléer les voies normales d'élimination? dans quelle mesure la thérapeutique peut-elle les utiliser, quand les autres font défaut ou deviennent insuffisantes? Tel est le problème à la solution duquel l'auteur a apporté l'appoint de ses recherches.

Après avoir rappelé la composition normale de la salive et de la sueur, et étudié l'élimination physiologique, M. Binet aborde l'étude spéciale de diverses substances et arrive à d'intéressantes conclusions.

L'urée passe en faible quantité dans la sueur et la salive. Cette voie d'élimination est trop restreinte pour être utilisée avec succès dans le traitement de l'urémie, d'autant plus qu'alors il est souvent difficile de provoquer la salivation et la sudation. L'emploi de la pilocarpine, dans de telles conditions, n'a pas toujours été sans danger.

Les éliminations spontanées, dites givres d'urée, sont, en général, des phénomènes ultimes ou même agoniques, dont le siège et la nature ne sont pas toujours bien précisés.

L'acide urique, même chez les goutteux, ne paraît pas passer dans la sueur, ou, tout au moins, ne s'y montrerait qu'à l'état de traces. Jamais l'auteur n'a vu les matières colorantes de la bile passer dans la sueur des ictériques.

Le sucre passe difficilement dans la sueur et plus encore dans la salive des diabétiques. On ne peut y déceler sa présence que chez ceux dont l'élimination quotidienne de sucre par les urines atteint un chiffre très élevé.

M. Binet n'a pas vu d'albumine dans la sueur, ni constaté l'augmentation de l'albumine normale de la salive chez des malades atteints d'albuminurie de causes diverses: albuminurie brightique, albuminurie par dégénérescence rénale, albuminurie consécutive à la néphrite aiguë, albuminurie de la fièvre typhoïde, des cardiaques. La quantité d'albumine trouvée dans la salive a varié de 0,08 à 0,12 0/00.

Après ingestion d'acide benzoïque, on a observé une élimination d'acide hippurique par la salive. Ce fait s'ajoute à d'autres pour combattre la théorie rénale de la formation de l'acide hippurique.

M. Binet a décelé ou confirmé le passage dans la salive et la sueur du brôme, de l'iode, de l'acide salicylique, de l'arsenic, du mercure. Le fer passe difficilement dans la salive et ne paraît pas passer dans la sueur. Quant au plomb, dont on peut constater des traces dans la sueur et la salive des saturnins, M. Binet pense que sa présence résulte de l'imprégnation cutanée et buccale, qui peut être assez profonde pour résister aux lavages les plus minutieux faits avant les expériences.

En tout cas, le passage des métalloïdes et métaux paraît plus facile en général dans la salive que dans la sueur; mais les quantités éliminées sont toujours si faibles qu'il ne faudrait pas compter sur ce mode d'élimination en cas d'intoxication.

M. Binet traite un peu brièvement peut-être des sueurs et des salivations dites critiques et montre, par une comparaison avec les diurèses critiques, que les sueurs dans les maladies aiguës ne paraissent avoir aucun caractère éliminateur. Il n'a pas trouvé de phosphates ni d'urée en excès dans les sueurs des phthisiques. En terminant, après avoir comparé entre elles les diverses voies d'élimination de l'économie, il conclut que le rôle éliminateur de la salive et de la sueur est trop restreint pour que la thérapeutique puisse compter sur ces voies pour suppléer les autres.

Un travail aussi consciencieux est un début qui permet de prédire à son auteur une belle carrière de médecin et de physiologiste. — P. L. G.

Arrachements dans les établissements industriels, par le docteur Guermonprez (de Lille). 1884. — Bruxelles; Manceaux.

Bien souvent déjà, à cette même place, on a signalé les travaux très savants, très originaux, et surtout très cliniques, — qualité rare dans la littérature médicale contemporaine, — de notre sympathique et laborieux confrère de Lille.

La nouvelle brochure de M. Guermonprez est digne de ses aînées. Œuvre d'érudition et d'observation personnelle, elle prend place à côté des autres études de M. Guermonprez sur la chirurgie industrielle. Exerçant dans une ville où les établissements mécaniques sont nombreux, notre confrère a été depuis longtemps quotidiennement aux prises avec les difficultés de la pratique chirurgicale usuelle de ce milieu industriel.

Ces difficultés cliniques sont d'autant plus nombreuses qu'elles n'ont fait l'objet d'aucun travail d'ensemble. Ici donc le terrain est nouveau, et par cela même, en dehors des

qualités personnelles de l'auteur, se trouve un autre attrait pour le lecteur. Seulement, on pourrait donner à ces études une valeur plus grande et combler un vide de nos bibliothèques en les réunissant sous un même titre, dans un seul volume. A côté des traités de chirurgie de guerre, il y place pour un traité de chirurgie industrielle. Nous espérons bien que M. Guermonprez ne manquera pas de combler cette lacune, rendant ainsi service à l'humanité et méritant honneur à la chirurgie française.

C'est assez dire que le mémoire actuel obtiendra auprès des praticiens auxquels d'ailleurs il s'adresse. Il est des œuvres recommandables par leur ampleur ; d'autres le sont, malgré leurs allures modestes, par la valeur des idées et des préceptes qu'elles enseignent. A ce titre, M. Guermonprez est assuré du succès de la brochure actuelle et du futur ouvrage dont, je l'espère, elle n'est qu'un feuillet détaché.

Ch. Eloy.

REVUE DES JOURNAUX

De la résorcine, par Righi. — Les effets de ce médicament sont les suivants : vertige, bourdonnements d'oreille, congestion faciale, parfois épigastralgie et presque toujours abondante transpiration. L'auteur la recommande dans le traitement des affections malariques, comme antithermique, et pour diminuer la tuméfaction de la rate.

Ses effets antipyrétiques sont utiles dans la fièvre typhoïde, la pneumonie, l'érysipèle. En mélange avec le bicarbonate de soude, elle peut servir à combattre le catarrhe des voies digestives; contre la blennorrhagie aiguë, elle serait préférable à tous les autres moyens thérapeutiques, et enfin elle rendrait les mêmes services contre les conjonctivites aiguës et chroniques. (*El Siglo medico*, 9 mars 1884.) — C. L. D.

De l'hémoptysie et de son traitement, par Taylor. — Au point de vue de la tuberculose, les hémoptysies se divisent : 1° en hémoptysies du début; 2° hémoptysies de la phthisie confirmée; 3° hémoptysies de la période avancée; 4° hémoptysies des bronchites, de la menstruation ou des maladies valvulaires du cœur. Au début de la phthisie, l'auteur ne redoute pas les hémoptysies modérées; elles ont pour effet de diminuer la congestion des sommets. Dans ce cas, il faut prescrire le repos, l'absence de tout violent exercice et le séjour des montagnes.

Si l'hémoptysie est abondante, il prescrit un purgatif et l'acide gallique; l'application de glace ou encore de flanelle très chaude sur les angles des côtes, dans toute la hauteur du thorax, c'est-à-dire sur le trajet des ganglions sympathiques. Enfin, il administre l'opium et, dans les cas où l'hémorrhagie est très abondante, la digitale. Enfin, s'il y a contre-indication à leur emploi, il remplace la première de ces substances par l'essence de térébenthine ou l'extrait de seigle ergoté. (*The Lancet*, juin 1884, p. 1069.)

C. L. D.

De quelques troubles nerveux du cœur, par Fothergill. — Les maladies du cœur, d'après l'auteur, se divisent en cardiopathies valvulaires, myocardiques et nerveuses. Parmi ces dernières, il étudie d'abord les intermittences pures, caractérisées par un repos dans le choc normal de la pointe du cœur. Ce trouble est fréquent chez les vieillards, et, quand il se combine avec une maladie organique, il en aggrave le pronostic. C'est un trouble du rhythme dont la valeur dépend, dans l'état actuel de la science, de son association avec d'autres signes de dégénérescence. Les mouvements, l'exercice, les manœuvres cliniques suffisent pour la provoquer; c'est donc une halte nerveuse (*neurosal halt*) du cœur.

D'autres troubles fréquents sont les palpitations. Survenant la nuit, elles sont fréquentes chez les femmes à l'âge de la ménopause; dans la diathèse goutteuse, pendant ou après les actes sexuels; dans les cas de déplacements utérins.

Enfin, sous le nom de *The badly behavet heart*, l'auteur désigne un état de tumulte cardiaque dans lequel les palpitations s'exagèrent de temps en temps, mais dans l'intervalle desquelles ce tumulte persiste. Le diagnostic de ces cardiopathies nerveuses repose sur l'absence de signes physiques et l'intégrité fonctionnelle de l'organe dans l'intervalle des accès. (*The Lancet*, juin 1884, p. 1068 et 1112.) — C. L. D.

De la fréquence des bacilles tuberculeux dans les produits morbides de la scrofulose, par Kanzler. — Cet observateur a examiné les tissus et la matière caséeuse des tuberculoses locales. Il employait, dans ce but, le procédé histologique au bleu de méthyle.

Dans 4 cas d'ostéomyélite et d'ostéosynovite, des masses fongueuses furent examinées.

Elles contenaient de nombreux bacilles. La même recherche fut faite sur les produits suivants provenant de scrofuloses locales : glandes lymphatiques excessives, 7 cas (2 fois l'expérience est positive); — arthrites scrofuleuses, 13 cas (8 observations positives); — scrofuloses cutanées, 7 cas (4 observations positives); — maladies de la pituitaire, 2 cas où l'examen fut négatif; — catarrhe de l'oreille moyenne, 2 cas où l'examen fut aussi négatif. Dans aucun cas, il n'existait de symptômes de phthisie déclarée.

Ces faits ne démontrent pas l'identité absolue de la scrofulose et de la tuberculose, puisque les bacilles sont loin d'exister dans tous les produits des affections scrofuleuses locales, qu'ils font défaut dans l'eczéma scrofuleux, les conjonctivites et le catarrhe de l'oreille moyenne, ou bien chez les jeunes enfants. Enfin, l'inoculation avec les produits tuberculeux produit toujours la tuberculose et jamais une affection comparable à la scrofulose généralisée.

Néanmoins, l'auteur ne se contente pas de ces réflexions. Il n'hésite pas à demander que, dans certaines maladies articulaires, il soit pratiqué avec les précautions antiseptiques une incision exploratrice de façon à examiner histologiquement les produits scrofuleux. (*Berliner klinische Woch.*, 2 et 3, et *The London med. Record*, p. 334. Août 1884.) — C. L. D.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'EXERCICE DE LA MÉDECINE SUR LES FRONTIÈRES DEVANT L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DU HAUT-RHIN.

Survivante des Sociétés agrégées d'Alsace et de Lorraine, la Société du Haut-Rhin a hérité de leur vitalité et de leur vaillance. J'en trouve le témoignage dans l'allocution que son président, M. le docteur Marquez, prononçait le 13 juillet dernier et dans le débat sur les conventions diplomatiques actuellement en négociation et par lesquelles on faciliterait malencontreusement l'exercice de la médecine dans les pays frontières aux gradués des Universités étrangères.

Cette question se lie à celle de l'exercice de la médecine dans l'intérieur du pays, par des médecins étrangers. Avec le régime actuel des autorisations arbitraires, des faveurs, des abus et de la tolérance sans mesure, on peut juger chaque jour des dangers qui menacent la santé publique et du discrédit dont on frappe la médecine française. Dans l'état, ces conventions auront pour résultat de faciliter de tels scandales. Ce serait donc une erreur de les négocier, avant d'avoir établi la législation de l'exercice de la médecine par les étrangers.

M. Marquez l'a compris en partie et son projet de vœu a obtenu les suffrages de ses collègues du Haut-Rhin. Nous espérons bien que nos députés en tiendront compte dans la rédaction du projet définitif sur l'exercice de la médecine, si tant est que ce projet aboutisse jamais à une rédaction définitive ? Il a été ainsi formulé et adopté : « 1° Les « médecins établis sur la frontière française auront le droit d'exercer sur la frontière du « pays voisin; réciproquement, les médecins établis sur la frontière d'un pays limi- « trophe de la France auront le droit d'exercer sur la frontière française, les uns et les « autres sur une zone de ... kilomètres.

« *Ce droit d'exercice n'entraîne pas celui d'avoir sur le territoire du pays voisin une instal-* « *lation régulière, logement, cabinet de consultations, etc., etc.*

« 2° Des médecins étrangers ne pourront s'établir en France et y exercer, pas plus sur « la frontière que dans l'intérieur, s'ils ne sont pourvus d'un diplôme français. »

Par contre, nous nous séparons de notre confrère lorsqu'il demande « qu'il soit dérogé « à l'exigence du diplôme pour les médecins de la nation qui assurera même dispense « aux médecins français qui voudront s'établir et exercer sur son territoire. » En effet, c'est en quelque sorte établir la réciprocité, sans exiger des étrangers les mêmes conditions de scolarité, ni l'égalité des charges sociales. *Suum cuique;* le temps des rêves humanitaires est passé, et il me semble que le libre accès de nos Facultés doit suffire aux appétits des étrangers désireux d'élire domicile dans notre pays. Le cosmopolitisme médical n'a sa raison d'être que dans les pays où l'exercice de la médecine est libre. M'est avis que ce n'est pas le désir de nos estimés confrères du Haut-Rhin. L'adoption d'une clause de réciprocité serait donner gain de cause aux plus ardents et aux plus révolutionnaires des abolitionnistes de toute réglementation médicale. Ils ne sont pas de ceux-là, ni nous non plus. — C. L. D.

De la valeur thérapeutique du mercure dans la pleurésie, par M. MACDOUGALL. — Après avoir cité un cas où les frictions mercurielles donnèrent un heureux résultat, l'auteur rappelle l'opinion de M. Thorogwood, qui déjà, en 1878, recommandait ce médicament comme efficace pour combattre la pleurésie, ramener le pouls à la normale et abaisser la température. De plus, il conseille d'en continuer l'administration pendant plus longtemps à doses faibles jusqu'à disparition de l'épanchement pleurétique. (*The Practationer,* 1er juin 1884, p. 427.) — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 octobre 1884. — Présidence de M. Alph. GUÉRIN.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le Président de la Société centrale de médecine vétérinaire annonçant qu'elle se réunira en séance publique (distribution des récompenses), rue de Lille, 19, le jeudi 23 octobre 1884, à trois heures de l'après-midi, et invitant l'Académie à y assister.

M. H. Bouley, secrétaire général, prononcera l'*Éloge biographique* de M. Delafond, ancien directeur de l'École d'Alfort.

2° Un rapport de M. le docteur Gimbert (de Cannes), sur les mesures d'hygiène appliquées dans les communes de Cannes et de Mandelieu pour les préserver de l'invasion du choléra.

M. LE ROY DE MÉRICOURT présente, au nom de M. Eklund, un petit appareil destiné à la filtration et à la purification instantanée des eaux de mauvaise qualité; ce petit appareil est surtout destiné à servir aux armées en marche.

M. BESNIER présente une série de brochures relatives à l'anémie des mineurs et à certaines maladies cutanées.

M. LARREY présente, au nom de M. H. Nachtel, une brochure intitulée : *L'organisation à Paris d'ambulances urbaines analogues à celles des grandes villes d'Amérique : premiers secours aux malades et blessés.*

M. LAGNEAU offre en hommage un travail sur l'émigration en France et son influence sur la diminution de la population de la France.

M. LUNIER offre en hommage un travail intitulé : *Du mouvement de l'aliénation mentale en France de 1835 à 1882.*

M. Maurice PERRIN présente, de la part de M. le docteur Bayard, médecin militaire, un rapport sur les résultats des revaccinations avec le vaccin jennérien et le vaccin de génisse.

M. CORNIL offre en hommage le 2e fascicule du tome IIe du *Traité d'histologie pathologique,* qu'il publie en collaboration avec M. Ranvier.

M. DE VILLIERS dépose sur le bureau des lettres contenant de nouveaux renseignements sur la marche de l'épidémie de choléra dans les départements du midi de la France.

M. BALL présente, au nom de M. le docteur Régis, un *Manuel pratique des maladies mentales.*

M. BALL rappelle la généreuse et touchante hospitalité offerte par le peuple danois aux médecins qui ont assisté au Congrès de Copenhague. Les médecins français eurent le premier rang, on peut le dire, dans cette hospitalité; la langue française fut même la langue officielle pendant toute la durée du Congrès. Or, les journaux viennent de nous apprendre qu'un incendie à jamais déplorable a réduit en cendres le palais où se tinrent les séances de ce Congrès.

M. Ball pense qu'il serait désirable que l'Académie, se faisant l'organe autorisé de tout le Corps médical de la France, envoyât une adresse au roi en lui offrant l'expression de ses regrets pour ce douloureux événement.

La motion de M. Ball est accueillie par d'unanimes applaudissements.

M. LE PRÉSIDENT propose qu'une commission, composée de MM. Ball, Trélat et Verneuil, qui ont représenté la France au Congrès de Copenhague, veuille bien rédiger l'adresse au roi de Danemark. (Adopté.)

M. PROUST présente une note sur l'appréciation de la valeur des eaux potables à l'aide de la culture par la gélatine.

Cette appréciation résulte d'une série de recherches faites à l'hôpital Lariboisière par M. Henri Fauvel.

Dans l'eau vit une multitude d'infiniments petits, d'êtres microscopiques qui, lorsqu'ils périssent, entrent en putréfaction et corrompent les eaux. Pour déceler la présence de ces germes, il faut avoir recours non seulement au microscope, mais encore à une nouvelle méthode indiquée par Koch et qui consiste dans l'emploi de la gélatine. La méthode repose sur la double propriété de la gélatine d'être un milieu de culture excellent pour les bactéries, et d'être liquéfiée par les bactéries des matières animales en putréfaction. Le procédé opératoire consiste à employer une solution de gélatine suffisamment concentrée pour qu'en se refroidissant elle se prenne rapidement en gelée. Dans ces conditions, les bactéries sont emprisonnées et séparées les unes des autres ; chacune alors se multiplie rapidement aux dépens de la gélatine qui l'entoure et bientôt on aperçoit un petit point blanc : c'est une colonie d'individus affectant souvent diverses colorations. Cette méthode a été appliquée à l'examen des eaux de Paris : le procédé de Koch a été légèrement modifié ; le voici en résumé.

Préparation de la gélatine de culture. — Dans 100 grammes d'eau ordinaire dissoudre 5 grammes de gélatine comestible et 5 centigrammes de phosphate de soude. Quand la gélatine est dissoute et que le liquide ne dépasse pas 50 degrés, on incorpore un quart de blanc d'œuf frais étendu de trois fois son volume d'eau. On place le mélange sur un bain-marie pendant deux heures, sans l'agiter.

L'albumine se coagule entraînant toutes les impuretés ; on filtre, le liquide de culture est préparé.

Pendant qu'il est chaud, à l'aide d'une pipette de 10 centimètres cubes, on l'introduit dans chacun des récipients destinés à l'observation. Ces récipients sont de simples tubes munis de bouchons de liège percés d'un trou : on y engage un tube en verre de 3 centimètres contenant un peu de coton. Dans chacun d'eux on introduit 10 centimètres cubes de gélatine, et on les rebouche soigneusement : on les plonge verticalement dans un vase contenant de l'eau ; cette eau est portée à l'ébullition et la température maintenue à 100 degrés pendant vingt à vingt-cinq minutes. Les tubes alors sont stérilisés et peuvent se conserver deux et trois mois.

Ensemencement des tubes. — Quand on veut ensemencer ces tubes, on les plonge dans un bain d'eau à 30 degrés ; puis à l'aide d'une pipette de 1 centimètre cube, divisée en dixièmes, on introduit 1 centimètre cube de l'eau à examiner, puis on agite lentement le tube pendant deux à trois minutes.

Après quelques autres opérations de détail et après soixante heures d'une température de 15 à 20 degrés, on arrive à avoir des colonies qu'il devient facile d'étudier.

Le nombre de colonies fourni par un centimètre cube d'eau indique le degré de putrescibilité de cette eau. C'est ainsi qu'à Saint-Ouen il en a été trouvé 20,000.

Ce résultat prouve bien l'efficacité du procédé qui est sans doute appelé à rendre par la suite d'appréciables services.

M. DAREMBERG donne lecture d'un rapport sur l'état des eaux en amont de Paris. Dans une précédente séance, il avait dit qu'avant d'entrer dans Paris l'eau de la Seine était déjà infectée. De nouvelles analyses faites cette semaine viennent se joindre à celles déjà effectuées par M. Fauvel en 1882. Il en résulte que l'eau de Seine contient par litre, à Melun, 0,012 de matières organiques et 0,010 d'oxygène par litre ; à la prise d'eau d'Ivry, la proportion de matières organiques s'élève à 0,017.

Par conséquent, même prise à Melun, l'eau de Seine est impropre à l'alimentation. L'eau de la Marne n'est pas meilleure. A Nogent-sur-Marne, des échantillons prélevés au niveau de la pièce d'eau donnent 0 gr.036 de matières organiques, et à Joinville-le-Pont, 0 gr. 017 par litre.

Si l'on rapproche de ces résultats ceux obtenus dans l'analyse des eaux de la Vanne à Montsouris, on voit que ces dernières sont très potables et de composition fixe en arrivant à Paris. On ne trouve en effet que 0 gr. 0026 de matières organiques par litre.

Cette eau de source distribuée dans le cœur de Paris fournit des chiffres notablement différents des précédents. C'est ainsi que l'eau de source recueillie dans le faubourg Saint-Antoine offre déjà 0 gr. 0048 par litre de matières organiques. A Montmartre, les

résultats sont les mêmes. L'eau, à son arrivée dans les tuyaux, offre une composition bien différente de celle qu'elle offre à sa sortie. On peut tirer facilement de là cette conclusion que les tuyaux sont insuffisamment entretenus, et très certainement, dans certaines parties, il reste des matières organiques et des germes provenant de l'eau de rivière que l'on envoie dans les moments de pénurie.

Les eaux de sources distribuées à Paris ne sont donc pas toujours exemptes de dangers pour la santé publique.

M. Lagneau dit qu'il serait désirable qu'on pût n'employer l'eau de source que pour l'alimentation et la toilette; les eaux de l'Ourcq et de rivière étant exclusivement employées pour les autres destinations. Il rappelle que l'article 24 du règlement sur l'abonnement des eaux stipule que les eaux de l'Ourcq sont exclusivement réservées, en dehors des services publics, aux besoins industriels et au service des écuries et remises. Mais il arrive que beaucoup de propriétaires, pour ne payer que 60 francs le mètre cube quotidien d'eau de l'Ourcq, au lieu de 120 francs celui d'eau de source ne font mettre de l'eau que dans leurs cours et ne font pas établir de colonnes montantes pour les appartements.

Il en résulte que l'eau de la cour sert aux habitants : c'est là ce qui arrive dans la plupart des quartiers ouvriers. Exigera-t-on que tout propriétaire ait les deux eaux dans sa maison ? Cette obligation sera difficilement imposée aux propriétaires des maisons ouvrières.

Autre remarque : la Compagnie des eaux n'empêche pas que dans les maisons riches on se serve de l'eau de source pour les écuries, les jardins, etc., parce qu'on lui paie cette eau le double.

M. Colin (d'Alfort) demande à présenter quelques observations à propos de la communication de M. Daremberg.

Il pense qu'il n'était nullement besoin d'analyse chimique pour montrer l'empoisonnement des eaux de la Seine en amont. Il semble que MM. les ingénieurs font tout ce qu'il faut pour rendre ces eaux impures, en choisissant en quelque sorte les prises d'eaux au voisinage des égouts qui se déversent dans le fleuve. Mais ces eaux sont impures pour d'autres raisons, particulièrement par suite du voisinage d'un dépotoir Lesage, situé en amont du confluent de la Seine et de la Marne, immédiatement au-dessus de la prise d'eau d'Ivry. Les tonneaux de matières fécales sont parfois déversés directement dans les égouts qui se déversent dans la Marne.

A Alfort, on est souvent réveillé la nuit par des émanations infectes, qui vous saisissent au nez et à la gorge avec l'odeur caractéristique du gaz acide sulfhydrique. La vaisselle métallique est ternie, noircie par l'action de ce gaz. Si l'eau pénètre dans les caves et les cuisines, elle y laisse, en se retirant, des boues nauséabondes qui deviennent des foyers d'infection des plus dangereux. M. Colin s'est plaint plusieurs fois en vain de cet état de choses à l'administration de l'Ecole, et le commissaire de police lui-même, saisi de ces plaintes, a répondu qu'il n'y pouvait rien, la Compagnie Lesage se moquant de la faible amende de 5 francs, maximum de la peine qui puisse lui être infligée.

Autrefois Alfort s'alimentait au moyen de l'eau de puits qui était limpide et pure. On lui reprochait de contenir une proportion un peu considérable de sulfate de chaux qui avait sans doute quelques inconvénients, mais nullement comparables à ceux qui résultent de l'usage des eaux chargées de matières organiques que l'on boit maintenant.

M. Gautier ne saurait laisser peser sur le corps des ingénieurs des mines le reproche que leur adresse M. Colin de laisser infecter en quelque sorte à plaisir les eaux de la Seine. Lorsque le Conseil d'hygiène et de salubrité leur a demandé de faire fermer l'usine de Billancourt qui utilise, en les transformant autant que possible, environ six cents tonnes de matières fécales, MM. les ingénieurs ont répondu que, si l'usine était fermée, les matières fécales seraient versées directement dans les égouts et par conséquent dans la Seine, sans avoir subi de transformation. Sans doute le cas est prévu par la loi; mais, comme celle-ci n'a pour sanction pénale qu'une amende de 5 francs, la Compagnie Lesage s'en moque; elle paye l'amende, et le tour est joué. En somme, il paraît préférable à M. Gautier de laisser subsister les usines qui rendent au moins le service de transformer, quoique d'une manière insuffisante, les matières fécales, plutôt que de laisser verser celles-ci directement dans la Seine.

Il faudrait, suivant M. Gautier, se borner à demander, quant à présent, de fermer les prises d'eau en aval et d'ouvrir des prises d'eau en amont, parti, en somme, le moins mauvais, bien qu'il consacre un état de choses véritablement abdominable.

M. Brouardel ne pense pas que la solution proposée par M. Gautier soit suffisante. Il ne faut pas confondre, comme on le fait trop souvent, ce qui pue avec ce qui est dangereux. Ainsi que l'a fort bien dit M. Bouley : « Tout ce qui pue, ne tue pas; tout ce qui tue, ne pue pas. » Sous le prétexte d'ailleurs très légitime qu'elles répandent de mauvaises odeurs, il ne faudrait pas faire fermer les usines qui s'occupent de transformer les matières fécales en les utilisant. Avec ce système, on arriverait tout simplement à faire jeter à la Seine des matières fécales n'ayant subi aucune transformation et d'autant plus dangereuses pour cela.

Le mal est qu'on n'ait pas su prendre à temps les mesures nécessaires.

Aujourd'hui, on est en présence de solutions détestables, quel que soit le parti qu'on prenne. Il s'agit de prendre le moins mauvais. Si l'on ferme les usines, on met en danger les populations de Paris et de la banlieue, en les exposant au déversement des matières fécales en nature dans la Seine. Il importe donc de rappeler qu'il y a lieu, avant tout, de sauvegarder la Seine de la pollution par les matières fécales, ainsi que l'a demandé M. Bouley. Il faut demander l'exécution des lois de 1789 et 1790, qui interdisent la souillure des eaux potables. Il importe de ne viser, dans cette demande, que l'infection des eaux de la Seine par les déjections humaines; la souillure par les résidus des usines viendra plus tard. Quant à présent, bornons-nous à demander que l'eau de Seine servant à la boisson soit mise à l'abri de toute souillure par les matières fécales. Rappelons-nous que de ce qu'une usine sent mauvais, il ne s'ensuit pas qu'elle soit dangereuse.

Les usines vivent dans un état de sécurité instable, parce qu'elles savent qu'il suffit de la plainte d'un voisin pour qu'elles risquent d'être fermées. Dans cet état, il devient impossible de leur demander les améliorations nécessaires au point de vue de l'hygiène et de la salubrité publiques. Laissons donc subsister les usines et ne confondons pas les inconvénients des mauvaises odeurs avec les dangers de l'absorption de matières fécales imprégnées de germes de maladies contagieuses.

M. J. Rochard pense que l'Académie n'a pas à s'occuper des voies et moyens; il lui suffit de rendre des arrêts que d'autres seront chargés d'exécuter.

L'Académie a émis, il y a deux ans, un vœu dans lequel elle signalait les inconvénients et les dangers de la pollution des eaux de la Seine par les matières fécales. Il faut rappeler à l'Administration que ce vœu, qui date déjà de deux ans, n'a pas encore reçu satisfaction.

M. Bouley demande qu'une commission soit chargée de rédiger une formule de vœu qui sera soumise à l'approbation de l'Académie dans la prochaine séance.

M. le Président désigne MM. Bouley, Brouardel et Rochard comme membres de cette commission.

M. Blachez lit une note sur une épidémie de horse-pox observée à la nourrisserie de l'hospice des Enfants-Assistés. En voici le résumé :

Le 27 mai, dans la nourrisserie jusqu'alors indemne de toute épidémie et dans laquelle n'entrent que des enfants syphilitiques ou présumés tels, on constate en même temps sur la bouche d'un enfant une large ulcération de la lèvre inférieure et sur l'ânesse qui l'allaitait une gerçure profonde, indurée, suintante du mamelon.

La lésion de l'ânesse avait précédé de deux jours celle de l'enfant. Cette ânesse avait donné son pis depuis quinze jours à une autre enfant atteint de la gerçure spécifique de la langue si dangereuse. On crut donc avoir affaire à des accidents d'origine syphilitique. L'épidémie s'étend; un maître en syphilis, consulté, examine les faits, constate l'aspect singulier des lésions, et, sans préjuger leur nature, invoque à son tour l'intervention d'une autorité dans l'art vétérinaire. M. le professeur Bouley reconnaît que l'on avait affaire à une épidémie de horse-pox. En effet, il résulte d'une nouvelle enquête qu'une enfant entrée douze jours auparavant, avec les deux bras couverts de pustules vaccinales trop rapprochées et ulcérées, avait été plusieurs fois pansée par une infirmière dont les doigts contaminés avaient inoculé le pis des ânesses. Les ânons allant de l'une à l'autre ânesse avaient servi de véhicule et inoculé presque toute l'écurie.

« Ce qui avait, ajoute M. Blachez, motivé notre erreur, c'est que les accidents buc-
« caux des enfants avaient une physionomie toute particulière et qui ne rappelait nul-
« lement les lésions vaccinales. »

Le travail de M. Blachez est renvoyé à une commission composée de MM. Alfred Fournier, Bouley et Bergeron.

— La séance est levée à cinq heures quinze.

FORMULAIRE

Collyres contre l'hyperémie de la conjonctive. — Warlomont.

	Sulfate de zinc cristallisé	0 gr. 20 centigr.
	Extrait d'opium	0 — 10 —
	Hydrolat de roses	30 grammes.
Faites dissoudre.		
Ou bien :	Sulfate de zinc cristallisé	1 gramme.
	Camphre pulvérisé	0 — 50 centigr.
	Eau distillée	100 grammes.

On agite jusqu'à dissolution, en s'aidant de la chaleur et on filtre. — Ces collyres sont conseillés dans la forme catarrhale ou muqueuse de l'hyperémie conjonctivale. On les instille dans l'œil, trois ou quatre fois par jour, après avoir convenablement débarrassé la conjonctive des matières muqueuses qui la recouvrent. — N. G.

COURRIER

Légion d'honneur. — La *Gazette médicale de l'Algérie* annonce que M. le docteur J. Ehrmann (de Mulhouse), membre correspondant de l'Académie de médecine et de la Société de chirurgie de Paris, ancien professeur suppléant à l'École de médecine d'Alger, vient d'être promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

Concours. — Le jury du concours pour une place de médecin-adjoint des asiles d'aliénés se compose de MM. Baillarger, Espiau de Lamaëstre, Charpentier, Voisin, Guyot, Moutard-Martin (Robert) et Proust.

Les candidats sont au nombre de quatre. Ce sont : MM. Féré, Respaut, Saury et Vallon.

Nécrologie. — Nous apprenons la mort de M. le docteur Cazalas, ancien sénateur, ancien président du Conseil de santé des armées. Notre regretté confrère avait parcouru dans la médecine militaire une carrière des plus honorables. Comme médecin en chef de l'expédition de la Dobrutshka, il avait eu à lutter contre une épidémie cholérique des plus sérieuses, et il en avait rapporté des doctrines anticontagionnistes qu'il a souvent défendues depuis, soit à la Société médicale d'émulation, soit dans les communications présentées à l'Académie de médecine. Durant son court passage au Sénat, il avait souvent pris en mains les intérêts de ses collègues de l'armée, pour lesquels il s'est toujours montré plein d'aménité et de bienveillance. *Gaz. Hebd.*

Conseil d'hygiène publique et de salubrité. — Dans sa dernière séance, le Conseil d'hygiène publique et de salubrité a, sur le rapport de M. le docteur Loiseau, approuvé la proposition qui lui avait été adressée par un membre de la commission d'hygiène du Ve arrondissement de Paris. Cette proposition a pour objet la création, dans Paris, de maisons de refuge où, dans le cas d'apparition du croup ou de toute autre maladie contagieuse sur un de leurs enfants, les parents qui ne seraient pas en mesure de soustraire les autres enfants à la contagion pourraient les faire admettre d'urgence.

Société de médecine de Paris. — Séance du 25 octobre 1884. — *Ordre du jour :* 1. M. Millot-Carpentier, membre correspondant : accidents nerveux simulant l'hydrophobie et purpura intermittent, consécutifs à une morsure de rat. — 2. M. Thévenot : les crises de colique hépatique et la métrite. — 3. M. le docteur Dehenne : observations de traumatismes oculaires. — 4. Communications diverses.

Enseignement libre. — *Cours d'accouchements de MM. Bar et Auvard.* — M. Auvard commencera le cours le lundi 3 novembre. Les leçons auront lieu chaque jour à quatre heures et demie, *5, rue du Pont-de-Lodi.*

Pour les renseignements et pour se faire inscrire, s'adresser à M. le docteur Auvard les lundi, mercredi et vendredi, de une heure à deux heures, 21, rue de Lille.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs

Sommaire

Nouvelles recherches sur la pathogénie de l'angine herpétique,

Par le docteur Auguste Ollivier,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades (1).

Dans une note sur la *pathogénie de l'angine herpétique*, que j'ai présentée à la Société de biologie en 1871 (2), je disais, après avoir rapporté une observation qui me paraissait démonstrative : « Je pense que bon nombre d'angines herpétiques pourraient bien n'être qu'un zona de la branche moyenne du trijumeau. » Cette opinion était fondée sur la coexistence, chez le même individu, d'un zona des nerfs ophthalmique et maxillaire supérieur, d'une éruption vésiculeuse siégeant sur l'amygdale droite et les piliers correspondants du voile du palais, sur la moitié droite de la luette et des muqueuses pharyngée, buccale et nasale.

Peu de personnes ont envisagé depuis la question à ce point de vue ; je n'ai guère rencontré une opinion analogue que dans un mémoire de M. Herzog, paru en 1880 dans le *Pester medizinisch-chirurgische Presse* (3), je n'ai pas eu ce mémoire entre les mains, je ne l'ai connu que par deux

(1) Communication faite au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, le 5 septembre 1884.

(2) *Quelques réflexions sur la pathogénie de l'angine herpétique à propos d'un cas de zona de la face. (Comptes rendus des séances et mémoires de la Société de biologie, 1871.)* Consulter aussi sur ce sujet : Camus : *Contribution à l'étude du zona de la face.* (Th. de doct. Paris, 1880.)

(3) *Ueber herpes des Rachens*, 1880.

FEUILLETON

CAUSERIES

Notre confrère feuilletonniste de la *Gazette hebdomadaire* vient, comme on dit surtout à cette époque de chasse, de lever un fort lièvre. Il a trouvé que M. le docteur Encinas, professeur à la Faculté de médecine de Madrid, a traduit et publié, comme son œuvre personnelle, un livre dû au professeur Schützenberger, de Strasbourg. Ce n'est pas la première fois, malheureusement, qu'un plagiaire scientifique est traduit à la barre de notre opinion ; des faits du même genre ont été rapportés en assez grand nombre dans des articles antérieurs de la même *Gazette* par notre collaborateur L.-H. Petit, mais n'avaient pas dépassé le niveau des thèses de doctorat : par exemple, M. José Pro avait fait sa thèse avec la traduction de différents passages d'un livre de M. Henri Thompson ; M. X... avait découpé les chapitres d'un travail de M. le docteur Costes, de Bordeaux, puis les avait recousus dans un ordre différent et avait présenté à l'assentiment de la Faculté sa thèse ainsi faite. Nous savons bien encore qu'à l'étranger, en Amérique surtout, on ne se gêne guère pour faire de nouvelles éditions d'ouvrages très différentes des éditions originales, sans que l'auteur y ait en rien collaboré. Mais, heureusement, jamais un professeur n'avait trempé sa plume dans une encre aussi boueuse pour en commettre un forfait aussi noir.

Ce scandale universitaire (le mot, qui est de la *Gazette*, n'est pas trop fort) a fait une

analyses faites l'une par le professeur Monti (1), l'autre par le professeur Rosenthal (2).

Voici, en résumé, la doctrine de M. Herzog relativement à l'origine nerveuse de l'angine herpétique. Cette angine se développerait dans le territoire du trijumeau; la cause en serait soit une irritation du ganglion sphéno-palatin, au voisinage du trou du même nom, soit des excitations se produisant sur les terminaisons des rameaux efférents de ce ganglion.

J'ai été heureux de voir l'idée que j'ai formulée il y a treize ans, acceptée et défendue par un confrère hongrois, qui peut-être n'avait pas connaissance de mon travail.

Permettez-moi, Messieurs, de reprendre devant vous la question de l'origine nerveuse de l'angine herpétique et d'apporter en faveur de cette origine un fait clinique nouveau, que j'ai eu l'occasion d'observer cette année à l'hôpital des Enfants-Malades.

Voici cette intéressante observation, recueillie avec un très grand soin par M. Gabriel Lepage, interne du service.

Observation Ire. — La nommée Charlot (Marie), âgée de 14 ans, est admise, le 12 juin 1884, à l'hôpital des Enfants-Malades, salle Sainte-Elisabeth, n° 32.

Son père et sa mère sont bien portants; ils n'ont jamais eu de douleurs rhumatismales.

Elle a trois frères, sur lesquels elle ne peut donner aucun renseignement important au point de vue pathologique.

Née à Paris, elle a eu dans sa première enfance un eczéma impétigineux du cuir chevelu et du pourtour des oreilles, une otorrhée du côté droit et une ophthalmie qui a laissé à sa suite une légère opacité de la cornée de l'œil gauche. Il y a trois mois, la menstruation s'est établie pour la première fois et, depuis, elle a été assez régulière. Toutefois, la jeune malade souffre du ventre pendant les deux ou trois jours qui précèdent l'apparition des règles. Enfin, il est à noter qu'elle n'est point sujette aux maux de gorge et que sa santé est habituellement bonne.

Le 9 juin, il faisait un temps humide et froid, la malade se sent mal à l'aise, sans toutefois avoir éprouvé un refroidissement appréciable : elle accuse de la pesanteur de tête et de la douleur dans la gorge, ainsi qu'une courbature générale. Malgré ces symptômes, elle continue son travail jusqu'au 11. Ce jour-là, le malaise est beaucoup

(1) *Archiv. für Kinderheilkunde*, t. II, p. 184.
(2) *Centralblatt der medizinischen Wissenschaften*, 1880, n° 41, p. 760.

assez profonde sensation dans la presse extra-scientifique, et nous n'en sommes autrement fâchés, car il est bon que ces choses-là se sachent. Si un pareil procédé est un des premiers effets de l'alliance de l'Espagne avec nos voisins d'outre-Rhin, qui n'en sont pas à leurs débuts en pareille matière, il est nécessaire que nous nous tenions sur nos gardes.

Le journal le *Temps* a relevé, à ce propos, en analysant l'article de la *Gazette hebdomadaire*, des singularités bizarres dans le fait reproché au professeur Encinas.

« Ce qui rend plus singulier encore, dit le *Temps*, un acte aussi blâmable à tous égards, c'est que le livre du savant professeur de clinique chirurgicale de la faculté de Strasbourg résumait un enseignement de plus de trente années (1834 à 1870), c'est qu'il avait été dédié à ses anciens élèves, c'est qu'il se vendait au profit de l'Association de prévoyance des médecins du Bas-Rhin; c'est, en un mot, qu'il était considéré comme le testament scientifique d'un maître vénéré et comme un précieux souvenir que tous les anciens élèves de Strasbourg aimaient à posséder et à relire souvent.

« De plus, le livre du professeur Schützenberger traitait une série de questions de philosophie et de critique médicale qui paraissaient n'avoir rien à voir à l'enseignement de la chirurgie. Et cependant le professeur Encinas s'est tout approprié, méthode et doctrines, profession de foi, citations, etc. C'est à peine si, dans les cent premières pages du livre qu'il a fait paraître sous ce titre : *Metodologia y principios generales de clinica quirurgica*, on trouve cinq ou six lignes appartenant au médecin espagnol. »

Par contre, il traduit textuellement des phrases comme celle-ci : « Je ne connais pas de sphère d'activité plus digne et peu d'études plus intéressantes que celle de la méde-

plus accusé, la douleur de gorge est très vive, surtout pendant les mouvements de déglutition; il survient des vomissements alimentaires et bilieux. Pas de frissons; céphalalgie très intense. Entrée à l'hôpital le lendemain.

Etat le 12 juin. — Langue humide, recouverte d'un enduit blanchâtre; pas de douleurs abdominales; constipation (un purgatif avait été donné deux jours auparavant).

Le timbre de la voix est altéré, il y a du nasonnement, dû probablement au coryza, à l'enchifrènement; respiration bruyante; la malade est obligée d'ouvrir la bouche pour respirer. L'auscultation de la poitrine ne révèle rien d'anormal. Les yeux sont larmoyants; il y a un peu de congestion de la face.

La malade se plaint d'un violent mal de tête et d'une douleur de gorge bien plus accusée du côté droit. A l'inspection du pharynx, on constate que les deux amygdales, surtout la droite, sont volumineuses, rouges, présentant de petites vésicules irrégulières, de coloration blanchâtre.

Il existe une gêne assez considérable de la déglutition à cause de la douleur et les liquides seuls peuvent être ingérés.

La peau est chaude, moite; temp. ax., 39°5; pouls, 100. (Gargarismes émollients; diète lactée.

Le 13, il est survenu dans la nuit une nouvelle poussée d'herpès en différents points. On reconnaît d'abord que le nombre des vésicules amygdaliennes a augmenté, surtout à droite. Des vésicules ont apparu aussi sur la paroi postérieure du pharynx, notamment sur sa moitié gauche.

La langue présente, dans son tiers postérieur, de petites vésicules disséminées; on en voit également à la pointe, surtout à gauche : elles ont la grosseur d'une tête d'épingle.

Les deux yeux sont larmoyants, mais le phénomène est plus accusé à droite qu'à gauche. Du côté de l'œil droit, on constate quelques vésicules herpétiques au pourtour de la caroncule lacrymale, sur le bord libre et la face antérieure de la paupière supérieure; en outre, il existe une légère conjonctivite avec sécrétion muqueuse assez abondante, surtout à l'angle interne.

Au pourtour de l'orifice antérieur de chaque narine, groupe de petites vésicules reposant sur un fond érythémateux. Au-dessus du lobule du nez, et un peu sur l'aile gauche, il existe un autre groupe de la dimension d'une pièce de 20 centimes et formé de petites vésicules très nombreuses.

Sur les lèvres se voient aussi plusieurs groupes de vésicules confluents, surtout au niveau des commissures. Sur la lèvre supérieure, il en existe à la base de la sous-loison. Les lèvres sont très rouges.

Soif vive, bouche pâteuse, perte d'appétit, respiration bruyante. Les narines semblent en grande partie obstruées. Rien d'anormal à l'auscultation. La voix est nasonnée, un peu faible.

---

cine. Ce n'est pas un enthousiasme jeune et plein d'illusions qui m'inspire ces paroles; elles sont l'expression d'une conviction profonde, mûrie par l'expérience et la réflexion. Cette conviction, je voudrais vous la faire partager. Chargé de guider vos premiers pas dans la pratique médicale..... » Le professeur de chirurgie oublie qu'il est chirurgien. Il copie toute la leçon sans songer à remplacer les mots : médecine, pratique médicale, clinique médicale, par ceux de chirurgie, pratique chirurgicale, etc.

Dans l'une de ses leçons, il s'oublie jusqu'à citer Lobstein, l'anatomo-pathologiste de Strasbourg que Schützenberger avait appelé « mon vénéré maître » et qu'il désigne sous le nom de « illustre Lobstein ».

Il cite comme anecdotes des faits qui ne se sont passés qu'à Strasbourg.

En un mot, son livre contient plus de cent pages littéralement traduites sans qu'une seule fois le nom de Schützenberger y soit prononcé.

L'auteur anonyme (mais bien connu) de la *Gazette hebdomadaire* termine en disant:

« Du livre de Schützenberger, M. Encinas n'a laissé de côté que les leçons qui traitent de la confraternité médicale, des rapports professionnels, de la moralité professionnelle. Je l'engage à les lire. Il y verra pourquoi je n'ai cru manquer ni à la confraternité ni à la charité professionnelle en signalant à la presse et au public un acte aussi indélicat, aussi répréhensible. Nous comptons en Espagne, parmi les médecins, des amis, des confrères aussi honnêtes que dévoués à leur noble mission; nous ne doutons pas qu'à Madrid la jeunesse des écoles ne soit, comme à Paris, soucieuse de l'honneur professionnel. A nos confrères espagnols de juger, pièces en main, la moralité de l'un des professeurs de leur première faculté. »

Les mouvements de déglutition sont douloureux. A l'angle de la mâchoire, du côté droit, ganglion assez volumineux et très douloureux à la pression. Temp. ax., 38° le matin, 39°6 le soir.

Le 14, pas de nouvelle poussée d'herpès. La fièvre est moins vive. Temp., 37°6 le matin, 38°4 le soir. Les mouvements de déglutition sont moins douloureux, la céphalalgie a disparu. Le catarrhe oculo-nasal est toujours abondant, l'œil droit continue à pleurer.

Le 15, la rougeur des amygdales, des piliers du voile du palais et du pharynx a notablement diminué; il ne reste plus que quelques rares vésicules sur les amygdales. La plupart des vésicules du nez, celles de la paupière droite et des lèvres sont devenues troubles et ont pris une coloration blanchâtre. La déglutition est moins pénible, mais l'engorgement ganglionnaire persiste encore à droite avec les mêmes caractères.

Dans la nuit, les règles apparaissent; elles sont peu abondantes comme d'habitude.

Le 16, appétit revenu, langue humide, rosée. La douleur de gorge a presque entièrement disparu; les amygdales ont notablement diminué de volume et ne présentent plus de points blanchâtres. Les vésicules d'herpès développées sur la face se dessèchent et s'affaissent.

Le 17, la déglutition se fait normalement et l'enfant commence à s'alimenter.

Elle sort complètement guérie le 22 juin.

Je pourrais, messieurs, vous rapporter quelques autres observations de ce genre, mais je craindrais d'abuser de votre patience. Je vous demande cependant la permission de vous en résumer deux qui, tout en appartenant au même ordre de faits, fournissent quelques éléments nouveaux sur la question qui nous occupe. L'une montre que l'angine herpétique peut apparaître en même temps qu'une arthropathie rhumatismale et, partant, peut être considérée jusqu'à un certain point comme une manifestation de la diathèse; l'autre est un exemple d'angine herpétique coïncidant avec un zona développé sur le trajet d'un autre nerf que le trijumeau, le nerf sous-occipital.

Obs. II. — La nommée R... (Emilie), cuisinière, âgée de 18 ans, entre le 22 février 1879 à l'hôpital Necker, salle Sainte-Eulalie, n° 36.

A chaque époque menstruelle, cette jeune fille est sujette à la migraine. Ses règles sont irrégulières et généralement peu abondantes. Jamais d'angines auparavant.

Le 18 février, elle sort quelques instants de sa cuisine à un moment où il y faisait très chaud et se refroidit. Elle ne tarde pas à être prise de frissons et est obligée de s'aliter.

Le Cid disait, s'il faut en croire Corneille :

> Mes pareils à deux fois ne se font point connaître,
> Et, pour leur coup d'essai, veulent un coup de maître.

Le coup d'essai de M. Encinas n'est pas digne d'un maître, quelle que soit sa nationalité. S'il ne l'a pas compris plus tôt, nous devons l'en plaindre, après l'en avoir blâmé; et nous espérons que le *tolle* soulevé par son plagiat l'arrêtera dans la voie où il est entré, et l'engagera à produire des œuvres un peu plus originales.

*
* *

La question de l'internat des femmes ayant provoqué de la part de deux membres de notre comité de rédaction une déclaration aussi catégorique que possible au point de vue négatif, une ancienne élève de la Faculté de Paris, Mme Olga Kraft, maintenant docteur en médecine et notre collaboratrice, a désiré répondre à cette déclaration.

Mme Kraft revendique hautement dans sa lettre le droit pour les femmes-médecins de concourir plus tard à l'agrégation et d'aspirer au professorat; ses jeunes condisciples n'avaient pas encore été aussi ambitieuses, mais l'appétit vient en mangeant, et ceux de nos confrères en journalisme qui jusqu'alors n'avaient combattu qu'*a priori*, ces prétentions féminines, vont pouvoir reprendre leur bonne plume pour défendre d'autres concours contre l'envahissement du beau sexe. Seront-ils plus heureux que dans leur campagne contre l'internat des femmes? En attendant la solution de cette nouvelle question, je laisse la parole à Mme Kraft.

Le lendemain, elle éprouve des picotements dans la gorge et de la gêne dans la déglutition.

Le 20, un médecin constate qu'elle a de petits *boutons* dans la gorge.

Le 21, apparition sur le front de plaques rouges surmontées de vésicules ; en même temps, tuméfaction et endolorissement des deux cous-de-pied.

Etat actuel. — Langue blanche et humide; inappétence, nausées et même vomissement, diarrhée; au front, de chaque côté de la ligne médiane, plusieurs traînées de vésicules herpétiques suivant exactement le trajet des nerfs frontal interne et externe; quelques vésicules sur chaque paupière supérieure et sur les caroncules lacrymales.

A l'examen de la gorge, on aperçoit sur la face interne de chaque amygdale, sur les piliers, le voile du palais et même sur la paroi postérieure du pharynx, de petits cercles dépourvus d'épithélium à côté de vésicules d'herpès encore intactes. Au niveau de chaque angle de la mâchoire inférieure, ganglion peu volumineux, mais très douloureux.

Le gonflement et la douleur des articulations tibio-tarsiennes ont notablement diminué.

Le 28, la gêne de la déglutition a presque disparu.

Le 31, réapparition des douleurs dans les articulations tibio-tarsiennes; les deux genoux sont envahis à leur tour, puis on constate un érythème noueux aux deux jambes et un érythème papuleux sur la face dorsale des mains et les deux avant-bras.

Le 8 mars, tous ces symptômes avaient disparu.

Obs. III. — Une jeune fille de 19 ans entre, le 22 juin 1878, dans mon service à l'hôpital Lariboisière.

Après avoir fait des excès de toutes sortes dans la journée du 18, elle éprouve un refroidissement vers dix heures du soir.

Le lendemain matin, elle est prise d'un violent frisson, qui dure plus d'une heure et est accompagné de claquements de dents. Dans la nuit, elle ressent à la gorge des douleurs qui l'empêchent de dormir.

Voici dans quel état nous la trouvons au moment de la visite : fièvre vive; température rectale, 40°6; pouls extrêmement fréquent; rougeur intense de l'isthme du gosier; tuméfaction des amygdales (de la droite surtout), qui sont parsemées de petites vésicules blanchâtres. Rien d'anormal dans les fosses nasales.

Le 24, de nombreuses vésicules d'herpès se sont développées à la région postérieure de la nuque, sur le trajet du nerf sous-occipital droit, et en même temps sur tout l'isthme du gosier, mais avec prédominance du côté droit. Du même côté, à l'angle du maxillaire inférieur, légère adénopathie douloureuse à la pression.

Le même jour, la malade se plaint de douleurs dans les fosses nasales et ne peut respirer la bouche fermée.

---

*
* *

Messieurs et chers maîtres,

Il n'y a pas bien longtemps encore, on se demandait si la femme pouvait être bon médecin. Aujourd'hui la question paraît être jugée par l'affirmative et l'on a presque cessé de la discuter. Je ne veux donc pas revenir là-dessus, pas plus que sur le droit au concours de l'internat qui vient de nous être accordé. La question qui nous intéresse vivement à l'heure qu'il est, c'est celle de ne pas être privées des moyens pour exercer ce droit, qui ne serait qu'une simple fiction, si tous les chefs de service venaient s'associer à votre protestation du 18 octobre (*Union méd.*), aussi peu méritée, permettez-moi de vous le dire, que contraire au progrès de nos études. Permettez-moi donc, Messieurs, de vous répondre par quelques mots en faveur des femmes-médecins, mes sœurs dans la lutte pour l'instruction.

En réclamant l'*exercice de l'internat*, nous avons franchement avoué, par ce fait même, que nous vous demandons non seulement le droit de soigner les malades dans les hôpitaux, non seulement le droit de porter « la calotte de velours noir », mais encore c'est le droit à l'agrégation, au professorat, c'est le droit à l'étude sans restriction, sans limites, que nous réclamons. Ce jour viendra en France et en Russie, comme il est venu déjà en Amérique et en Suède (1). Pourquoi l'éloigner alors? Pourquoi ne pas admettre l'expérience sur ce terrain comme le seul moyen d'arriver à la vérité?

Vous ne nierez pas, messieurs et chers maîtres, que la part aux concours et l'exercice

(1) Mme Kowalewsky, agrégé en mathématiques à Stockholm.

Cet état reste à peu près le même pendant deux jours, puis apparaissent de nouvelles vésicules d'herpès sur la langue et la lèvre supérieure. Sur la langue, elles sont situées à la pointe et du côté droit seulement; sur la lèvre, des deux côtés.

Le 30, il se développe une plaque érysipélateuse au voisinage des croûtes qui ont succédé aux vésicules de la lèvre supérieure. Cet érysipèle envahit la face entière et une partie du cuir chevelu.

Huit jours après, la malade sortait guérie.

Je ne puis insister ici sur les particularités cliniques de ces observations. Cela m'entraînerait trop loin. Je désire seulement faire ressortir les enseignements qu'elles peuvent fournir sur la pathogénie de l'angine herpétique.

Chez nos trois malades les vésicules se sont développées sur les amygdales, les piliers, la luette, cemme il arrive le plus ordinairement. Mais l'éruption ne s'est pas limitée à ces parties : elle a envahi le pharynx (obs. I et II), les fosses nasales, la face interne des joues, les lèvres et la langue (obs. I et III), ce qui est moins commun ; de plus, elle a coïncidé avec un zona de la branche ophthalmique du trijumeau (obs. I).

En somme, elle a porté sur des territoires innervés : 1° par le nerf trijumeau (voile du palais, luette, face interne des joues et des lèvres, deux tiers antérieurs de la langue, fosses nasales et conjonctive; et, en même temps, téguments du front, des paupières, du nez et des lèvres) ; 2° par le nerf glosso-pharyngien (amygdales, muqueuse du pharynx et dutiers postérieur de la langue.

Dans les trois cas, les vésicules correspondaient exactement au trajet des branches nerveuses et deux fois elles étaient plus confluentes d'un côté que de l'autre. J'ajouterai que chez le malade, dont j'ai communiqué l'observation à la Société de biologie en 1871, elles étaient même unilatérales.

Le siège habituel de l'éruption sur la muqueuse de l'isthme du gosier, laquelle reçoit ses nerfs du trijumeau, la coïncidence moins rare qu'on ne croit, de vésicules sur les téguments innervés par un ou plusieurs rameaux de l'ophthalmique ou du maxillaire supérieur, sont de puissants arguments en faveur de l'origine nerveuse de l'angine herpétique et permettent, il me semble, de la considérer comme un véritable zona.

Mais, d'un autre côté, il ne faut pas perdre de vue que l'herpès se développe habituellement aussi sur les amygdales, qu'il envahit souvent le

---

des droits qu'ils accordent sont les meilleurs moyens qu'on possède de cultiver vraiment sérieusement notre science et de nous perfectionner dans la voie que nous avons choisie pour devenir enfin « femmes savantes », mais ne ressemblant pas à celles de Molière.

Pour quelle faute voulez-vous nous refuser une des meilleures jouissances des êtres humains parmi lesquels nous figurons? Si la France n'a pas eu encore l'occasion de vérifier la capacité des femmes à satisfaire « aux lourdes charges de l'internat », surtout dans les salles des hommes, en qualité de Russe que je suis, il me serait facile de fournir des documents, témoignant ce que vaut la femme-médecin dans les hôpitaux, et non seulement dans les salles de femmes, mais dans *les hôpitaux militaires!* C'est la dernière guerre turco-russe qui nous a fourni cette triste occasion.

Quant à l'estimable corporation des internes, dans laquelle l'admission des femmes produirait, il paraît, une perturbation, l'Assistance publique ne leur refuserait pas sans doute une salle de garde à part où ils pourraient fuir notre société gênante.

Vous nous accordez, messieurs, maintes qualités : talents, dévouement, courage, assiduité, intelligence, force et esprit d'invention même! Quelle serait donc la vertu qui nous manque pour être admis au sein « des immortels? »

Dr Olga Kraft.

*
* *

Le palais de Christiansborg, où la famille royale du Danemark avait reçu si magnifiquement les membres du Congrès médical de Copenhague, a été détruit par un incendie. M. le professeur Ball a proposé, mardi dernier, à l'Académie d'exprimer, au nom du

pharynx, exceptionnellement le tiers de la langue, parties qui, comme on sait, reçoivent leurs nerfs du glosso-pharyngien. Il n'est donc pas possible d'expliquer dans tous les cas les faits cliniques par l'hypothèse d'un zona limité. Il faut de toute nécessité recourir aux deux suppositions suivantes, qui du reste sont toutes deux plausibles.

1° Il y a deux zonas isolés et indépendants. La chose n'est nullement impossible. Nous avons vu dans l'observation II que le zona des muqueuses innervées par le trijumeau était accompagné d'un zona du nerf sous-occipital. On ne saurait admettre qu'il y ait eu dans ce cas propagation de l'un à l'autre. Nous avions bien affaire à deux zonas isolés et contemporains, développés sous l'influence de la même cause. Il n'est pas nécessaire de forcer ni même de pousser très loin l'analogie pour admettre que ce qui se passe pour le trijumeau et le sous-occipital peut se passer pour le trijumeau et le glosso-pharyngien.

Cependant nous sommes obligé d'avouer que les zonas multiples et concomitants sont extrêmement rares, comme l'a noté dans son intéressante monographie mon ami et ancien élève, le docteur Fabre (de Commentry) (1); que, d'autre part, les amygdales sont le siège habituel et le plus souvent principal de l'éruption, et que l'herpès de la paroi postérieure du pharynx est assez commun. Or, nous savons qu'il est dangereux en clinique de chercher dans les raretés l'explication des faits vulgaires.

2° Il me semble bien plus simple et plus rationnel d'admettre l'existence de rameaux anastomotiques entre le trijumeau et le glosso-pharyngien. Aucun anatomiste, pourrez-vous me dire, n'a vu ces anastomoses, aucune expérience physiologique ne les démontre. Soit; mais ni l'anatomie, ni la physiologie n'ont dit leur dernier mot sur ce point, et il ne nous est pas défendu d'espérer qu'elles confirmeront un jour une hypothèse à laquelle nous a conduit tout naturellement l'observation clinique.

En admettant, messieurs, que notre manière d'envisager cette question soit la bonne, que l'angine herpétique soit identiquement la même chose que le zona ophthalmique par exemple, nous ne sommes pas renseignés sur les causes proprement dites de la maladie.

Sous ce rapport, la science présente des lacunes, il faut bien l'avouer.

(1) Fabre (Paul). *Du zona*. Paris, 1882, p. 48.

Corps médical et de la France tout entière, les sympathies que nous éprouvons pour le peuple danois.

Le délégué de l'*Union* à ce Congrès étant un de ceux qui ont assisté à la soirée du Christiansborg, notre journal se joint de tout cœur à la demande faite par M. Ball, de rédiger une adresse au peuple danois, et s'associe aux sentiments qui y seront exprimés.

SIMPLISSIME.

PILULES TONIQUES DIURÉTIQUES. — Bartholow.

Fer réduit par l'hydrogène.	ãã	1 gr. 25 centigr.
Sulfate de quinine pulvérisé.		
Digitale pulvérisée.		
Scille pulvérisée		0 — 60 —

F. S. A. 20 pilules. — Trois ou quatre par jour, dans les affections du cœur avec dilatation des cavités, gêne de la respiration, toux plus ou moins fréquente et hydropisie générale. — N. G.

Dans certains cas, il est impossible de découvrir aucune cause appréciable. Cependant nous pourrions peut-être trouver un nouvel argument dans le rapprochement et la comparaison des causes assignées à l'angine herpétique et au zona par les auteurs qui n'ont pas songé à établir de relations entre l'une et l'autre de ces affections. Le zona, a-t-on dit, — et d'après ce que nous avons observé nous-même, cette opinion est celle qui semble se rapprocher le plus de la vérité, — est surtout produit par l'action du froid.

Le froid contribue également dans bon nombre de cas au développement de l'angine herpétique. Il est même possible qu'il agisse plus souvent qu'on ne le croit, parce que les malades n'ont pas toujours conscience de son action.

Tout le monde est d'accord sur un point d'après le travail de Bertholle (1), c'est que l'angine herpétique est plus fréquente chez la femme que chez l'homme, plus fréquente au moment de la menstruation qu'à toute autre époque, plus fréquente enfin chez les femmes dysménorrhéiques que chez celles qui sont bien réglées, à tel point que Bertholle la considère comme en relation directe avec les troubles de la fonction menstruelle. Notons que ces troubles constituent des causes d'affaiblissement, de diminution de la résistance aux influences nocives de toute nature. A l'époque des règles, la femme est toujours sous le coup d'une véritable dépression organique, et cette dépression est d'autant plus prononcée que la fonction est moins régulière et plus laborieuse. Ce sont là autant de facteurs éminemment propres à favoriser l'action du froid, à la multiplier, pour ainsi dire, à faire qu'un *insultus* léger, passé inaperçu, qui n'aurait aucune suite dans les circonstances ordinaires, puisse déterminer une angine herpétique ou un zona d'un autre siège,

Je termine ici, Messieurs, cette communication que je vous demande pardon d'avoir faite aussi longue. Si je me suis attardé sur ce sujet, c'est qu'il soulève d'intéressants problèmes d'anatomie et de physiologie pathologique, c'est aussi que l'étude de l'angine herpétique a été faite au début par un médecin français trop tôt enlevé à la science, le professeur Gubler (2), qui, le premier, a bien établi les caractères cliniques de cette variété d'angine. J'avais à cœur de suivre la voie qu'il nous a montrée et de contribuer autant que possible à compléter l'œuvre qu'il avait si magistralement commencée.

A propos du choléra parisien

L'AUTONOMIE DU CORPS MÉDICO-CHIRURGICAL DES HÔPITAUX DE PARIS.

Enfin, on peut jeter un coup d'œil sur les hauts faits dont le choléra municipal parisien a été le prétexte, mais auxquels il ne doit pas servir d'excuse. Il y aurait certainement beau à en dire et plus encore à en sourire ! Pour aujourd'hui, je n'en retiens qu'un seul : l'hospitalisation des cholériques dans des établissements spéciaux.

Cette question n'est pas seulement scientifique et humanitaire ; elle a aussi un intérêt déontologique, et, pour ce dernier motif, je prévois une objection préjudicielle : à quel titre, me dira-t-on, intervenez-vous dans des débats qui ne vous touchent pas personnellement ? Imprudent que vous êtes, vous mettez le doigt entre l'arbre et l'écorce !

Voici ma réponse ; simple journaliste, je ne suis, il est vrai, ni médecin ni chirurgien des hôpitaux, bien que parmi ces confrères je m'honore de compter des maîtres et des amis. En outre, exempt d'attaches administratives, je suis étranger aux complaisances officieuses et aux compromissions hiérarchiques. J'ai donc toute indépendance de plume, comme ce journal, l'*Union médicale,* possède toute indépendance de parole.

Je le prouve. Ces faits remontent aux beaux jours de la cholérophobie parisienne. C'était le 15 juillet dernier ; on croyait remporter une grande victoire par l'affectation

(1) Bertholle : *De l'herpès guttural en général et principalement dans ses rapports avec les troubles de la menstruation,* in *Union médicale,* 1866, n°s 65-70.

(2) *Bulletin de la Soc. méd. des hôpitaux,* 1857, t. III, p. 386.

des hôpitaux Bichat et des Mariniers aux cholériques futurs. L'humanité était quelque peu sacrifiée par l'évacuation du premier de ces établissements et l'exode des malades qu'on mettait dehors. L'hygiène générale des hôpitaux n'était guère respectée, puisque cette évacuation avait pour conséquence immédiate l'encombrement de leurs services déjà surchargés de brancards (1).

Fadaises que tout cela ! On a fait merveilles et on déclare à la commission sanitaire du conseil municipal qu'on est prêt à recevoir le fléau indien. Quelle facile satisfaction ! On possédait à l'hôpital Bichat une disponibilité de 160 lits !

Quel effort ! mais aussi quel mécompte ! car, après l'évacuation, ces 160 lits se réduisaient à 120. Jusque-là, on ignorait les conditions hygiéniques de l'établissement ; on aurait pu, il est vrai, éviter cette erreur et prendre information auprès des chefs de service, c'eût été de sagesse, tout au moins de courtoisie et surtout d'utilité. Il s'agissait bien de tout cela ! L'hôpital ainsi spécialisé devait, avec 120 lits, pourvoir à l'instauration d'une maladie dont la première agression frappe toujours de multiples victimes.

Vous exagérez, m'objectera-t-on. On possédait encore les 240 lits de l'hôpital des Mariniers. Je renouvelle alors mon interrogation et je demande si ces 360 lits répondaient aux nécessités épidémiques d'une clientèle hospitalière de cinq cent mille indigents et aux besoins d'une agglomération de 3 millions d'habitants !

Et les baraquements ? De ceux-là je ne parle pas. Ils sont encore à construire et leur inachèvement montre bien qu'ils comptaient seulement pour mémoire. Ressources de consolation, hôpitaux fantômes, ils ressemblent aux tableaux fondants des féeries ou bien aux plus fugitives des promesses électorales ! Ils devaient figurer sans doute dans l'apothéose finale !

Quel est le prétexte scientifique de ces mesures ? Prévenir la contagion, éviter les cas intérieurs dans les hôpitaux généraux et obtenir un isolement parfait ? Soit. Ces conditions ont-elles été observées ? J'interroge les faits ; ils me répondent que, dans le principe, on devait hospitaliser à Bichat tous les cas, fussent-ils même douteux. Or, il n'en a pas été ainsi. Au vu et au su de tout le monde, on a reçu et il est mort des malades suspects à l'hôpital Saint-Louis, à Beaujon et à Saint-Antoine. Leur nombre surpasse celui des sept ou huit cholériques, demi-cholériques ou quarts de cholériques de l'hôpital Bichat.

Etait-ce des cholériques vrais ? En ce cas, l'Administration s'est exposée à créer dans la ville des foyers cholérigènes. Etait-ce des pseudo-cholériques ? L'erreur n'était pas plus excusable, l'isolement n'ayant pas raison d'être.

Voilà une démonstration de l'impuissance de ces mesures. Ce n'est pas tout ; elles étaient d'une exécution impossible. Admettons qu'un cholérique soit signalé au faubourg Saint-Antoine ou à Javel. Où le transporter ? A l'hôpital le plus voisin. Cette idée serait la plus naturelle. Eh bien, non ! la réglementation cholérifuge va s'y opposer. Cahin-caha, on le promène à travers Paris, à demi-mort, il aboutit derrière les buttes Montmartre ou au sentier des Mariniers, dans l'établissement le plus distant de son domicile. Avec cette organisation, l'hôpital Bichat pouvait suffire, je n'ai pas de peine à le croire, car il devenait plus urgent d'augmenter le nombre des places dans la chambre des morts que celui des lits dans les salles des vivants.

Ce n'est pas tout encore : un cholérique est frappé dans la rue ou bien chez lui; des passants ou des voisins compatissants le transportent à l'hôpital voisin. Quelle sera l'attitude du personnel de cet établissement ? Le concierge refusera-t-il la porte, et le directeur l'admission ? Et encore, avant de prendre décision, ne faudra-t-il pas soumettre le malade à l'examen de l'interne de garde? Celui-ci le visitera-t-il dans la rue ? On l'introduira donc dans une salle d'attente : alors, adieu l'absence de tout contact avec le personnel intérieur, sur laquelle on faisait grand fond : il y a un cholérique dans l'établissement, des microbes en liberté et un foyer cholérigène en imminence.

Ce n'est pas tout, on constate que le malade est bien en puissance de choléra asiatique, qu'allez-vous en faire? L'expulserez-vous de l'établissement? Le mettrez-vous dans la rue? Au nom de l'humanité, oserez-vous l'ordonner à votre personnel? Préparez-vous alors aux huées de la foule indignée, aux commentaires de la presse que vous redoutez, à de menaçantes interpellations municipales et même parlementaires? On connaît l'émotion populaire aux heures des calamités publiques; or, vous n'êtes pas

(1) M. Terrier, chirurgien de Bichat, ne laissa pas d'opposer une vive résistance à cette mesure, et parvint à obtenir la conservation de ses derniers opérés, qui furent transportés dans d'autres lits, mais non expulsés, et purent achever leur guérison pendant le mois de septembre, entre les mains de M. Richelot et malgré les soins de l'Administration.

fonctionnaires à la braver. Bon gré mal gré, vous serez dans la nécessité d'ouvrir aux cholériques les hôpitaux généraux, et d'en revenir tardivement aux baraquements et aux pavillons d'isolement.

J'en conclus que la crainte du choléra n'est pas toujours le commencement de la sagesse, et, d'après des échos qui me reviennent, je ne suis pas le seul à le penser. L'autre jour, à la Société médicale des hôpitaux, un brûlant débat s'est élevé sur ce sujet, à propos d'une lettre dont le texte n'a pas été lu en séance publique. On y a discuté sous le manteau de la cheminée, de crainte, dit-on, de voir la presse s'emparer de la question. Peine inutile, mais scrupule qui n'étonne pas. Malgré tout, le secret du comité n'a été le secret de personne ; aussi pourrais-je facilement pousser plus loin l'indiscrétion : j'évite de le faire, et, bien que de tels débats *mezzo voce* soient hors de notre temps, j'y trouve un encouragement à mon argumentation et une autre preuve de l'inanité de ces fameuses mesures cholérifuges.

Aujourd'hui, d'ailleurs, on en vient à en reconnaître l'impuissance et les inconvénients, puisque depuis cette semaine l'hôpital Bichat est rendu à sa destination, les médecins à leurs salles et le chirurgien à son service, l'un des plus actifs de la capitale. Néanmoins la question reste entière; à la première occasion, les mêmes abus se reproduiront, il suffira d'un mot de l'omnipotence administrative pour provoquer les mêmes imprudences, expulser des médecins de leur service, priver des étudiants de moyens d'enseignement, enfin, porter moralement et financièrement préjudice à l'Assistance publique parisienne.

L'occasion aidant, je suis donc conduit à examiner la cause de ces abus et les rapports de l'Administration avec les chefs de service des hôpitaux.

Ici le terrain est brûlant, et, pour peu qu'on s'y aventure, ne voit-on pas l'autorité de trois maîtres intervenir dans ces questions? De ces maîtres, l'un commande, c'est le grand maître : le Conseil municipal; l'autre s'incline, sa responsabilité est ailleurs : c'est le préfet de la Seine. Quant au troisième pouvoir de cette trinité officielle, c'est un petit maître, toujours il obéit!

Et le médecin d'hôpital? Celui-là est une autorité en puissance, un pouvoir virtuel; il n'a ni à commander, ni à s'incliner, ni à obéir, mais bien à écouter, à se résigner et à sourire. Et quand par hasard l'Administration l'interroge, confus de tant d'honneur et confit d'humilité, il peut tout au plus répondre : Ainsi soit-il!

Il existe bien un comité d'hygiène des hôpitaux, constitué par huit membres délégués de la Société médicale des hôpitaux. Mais ce comité n'est pas d'institution officielle; il ne possède d'autres attributions que celles d'un rôle de modestie. Sans droit d'initiative, il délibère des avis qu'on demande officieusement. Quand il répond à ces interrogations, c'est à peu près dans la forme où le Corps législatif du dernier régime répondait par des adresses au discours impérial.

Ainsi donc, dans l'Administration, dont les soins à donner aux malades constituent l'une des principales charges, les médecins traitants sont seuls, de par les règlements, sans pouvoir comme sans initiative en matière scientifique. Sans leur avis, on peut trancher les questions d'hospitalisation, d'hygiène, de régime; en un mot, toutes questions relatives à la santé et au bien-être des malades. Demande-t-on leur opinion? On ne le fait que bénévolement et par faveur.

Et cependant nous ne sommes pas en pays de mandarins; ce qui n'empêche pas nos fonctionnaires à boutons et sans boutons de nous mandariner parfois. Une telle organisation pourrait prospérer sur les bords du fleuve Jaune; ici elle ne satisfait plus aux nécessités et aux idées de notre époque, parce qu'elle est contraire à la raison et contraire à l'humanité.

Je m'arrête; il faut conclure. Au moment où l'autonomie communale mène grand bruit et promet aux Parisiens de nombreux jours de bonheur, l'occasion est belle de nous en donner un avant-goût. Ici, du moins, l'autonomie sera de la bonne manière; elle aura l'avantage de réunir l'approbation de tout le monde et de bien servir l'humanité.

Le corps de santé militaire a obtenu son autonomie après une lutte de longue haleine dont on n'a pas oublié les incidents. Le corps médical des hôpitaux de Paris serait-il donc indigne d'obtenir aussi son autonomie scientifique? Cette réforme n'est pas de celles qui font fracas : elle consiste à instituer auprès de l'Administration de l'avenue Victoria un Conseil médical et sanitaire des hôpitaux.

Comment en recruter les membres? Au moyen des chefs de service de chaque hôpital, qui délégueraient l'un d'entre eux en qualité de membre du Comité. Chaque établissement aurait donc représentation de ses intérêts particuliers, et, comme ce Comité posséderait le droit d'initiative, on ne verrait plus ce renouvellement de promesses ou de

prouesses bureaucratiques et d'étonnantes mandarinades. Les questions les plus graves d'hygiène générale, de personnel hospitalier, d'internat en médecine, etc., etc., ne seraient plus à la merci d'individualités tombant en faiblesse et en docilité devant une coterie électorale, qui s'acharne par tous les moyens possibles à l'amoindrissement du Corps médical des hôpitaux, internes et chefs de service.

Avec cette autonomie, on n'aurait pas, à coup sûr, entrepris à l'heure actuelle l'émasculation de l'internat. Sans elle, il faut s'y attendre, nous verrons bientôt la féminisation du Bureau central. Voilà pourquoi, si le choléra municipal est bénin pour la population, il aura été malin pour l'Administration, et sera enfin, je l'espère du moins, l'occasion de réformes médicales dont l'urgence n'est plus à démontrer. Le proverbe a du vrai : « A quelque chose malheur est bon ». — X. Y. Z.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1884.

PARIS ET DÉPARTEMENTS. — Nous assistons au déclin de l'épidémie provençale dont le choléra toulonnais a été le foyer initial. Depuis huit jours, on ne compte que six décès à *Marseille,* deux à *Toulon* et quelques autres isolés dans les départements méditerranéens. L'état sanitaire des départements serait donc satisfaisant, si malheureusement un foyer cholérique nouveau ne venait de se produire à l'ouest de la France, dans la Seine-Inférieure.

C'est à Yport, village de 1,700 habitants, distant de cinq kilomètres de Fécamp, et de trente-six kilomètres du Havre. On attribue l'importation de l'épidémie au navire *Marie-Louise,* qui, après relâche à Cette, débarquait son équipage dans le courant de septembre dernier. D'après les renseignements officiels, toutes les mesures sanitaires auraient été prises à cette époque à l'égard des marins, leurs vêtements auraient été soigneusement désinfectés et on leur aurait fait prendre des bains sulfureux. Cependant, malice de microbe ou négligence administrative, la belle-sœur d'un de ces matelots lave les hardes de cet homme et devient première victime du choléra. Depuis cette époque jusqu'à aujourd'hui, on compte douze cas, dont six décès, dans l'entourage de cette famille ou dans la maison qu'elle habite.

Voici où l'incurie officielle se montre à nouveau dans toute son étendue. Les premiers cas datent du commencement d'octobre, et c'est hier seulement que le préfet de la Seine-Inférieure en aurait eu connaissance. Or, les conditions sanitaires de la commune sont déplorables, et on n'a pas oublié qu'il y a trente ans c'est par Yport que le choléra envahit la Seine-Inférieure. S'il est des contrées où les fonctionnaires sont effectivement responsables et où de telles négligences ne motiveraient pas seulement des enquêtes banales et sans sanction légale, il faut revenir du Monomotapa pour croire que ce sont les nôtres. Quand on entreprend aux Chinois une guerre, patriotique d'ailleurs, il me semble qu'il serait d'utilité nationale d'éviter de telles mandarinades.

A Paris, depuis quelques jours, il n'y a pas de cas authentiques de choléra. Le bulletin sanitaire, transmis chaque jour à certaines ambassades, plus heureuses en cela que les journaux de médecine français, signale bien un cas de choléra présumé. Vérification faite, le malade avait une affection d'autre nature. Au reste, qu'il nous soit permis de formuler le vœu de voir cette tendance à cholériser ainsi les malades rester indépendante d'un décret prochain par lequel on promet distribution de croix de commandeur, d'officiers et de chevaliers de la Légion d'honneur aux personnes qui se sont particulièrement distinguées durant l'épidémie. L'exposé des motifs est assez vague, et si nos confrères députés voulaient quelque peu prendre en main les intérêts moraux du Corps médical français, ils demanderaient une spécification plus exacte des services de certains futurs légionnaires.

Il y a service et service, et j'espère bien qu'ayant oublié de récompenser avant leur mort ceux de nos confrères qui succombèrent pendant l'épidémie, — et ils sont nombreux, — on ne mettra pas leur héroïque abnégation professionnelle au même rang que les tribulations cholérifuges du défunt ministre Hérisson ou les tentatives anticholériques de certains députés à l'hôpital du Pharo !

ALGÉRIE. — Un seul foyer cholérique existe encore en Algérie, celui d'Oran, où depuis huit jours on a enregistré 40 décès et des cas nouveaux. Par contre, l'état sanitaire est excellent aux lazarets de Philippeville, de Mers-el-Kébir, de Bône et du cap Matifou.

L'épidémie algérienne est donc limitée et relativement bénigne.

ETRANGER. — En *Espagne,* on ignore s'il existe encore des cas cholériques ou si l'épidémie a cessé de régner. Le silence du gouvernement pourrait le faire croire. Néan-

moins, on peut l'interpréter plus fâcheusement, puisque aucune notification officielle de la fin de l'épidémie n'a été donnée, et que les journaux madrilènes de mardi signalent 2 cas sporadiques à l'hôpital de Madrid.

En *Italie,* la maladie perd chaque semaine de sa malignité, mais n'en persiste pas moins. Du 15 au 20 octobre, on a compté 739 cas dans tout le royaume, dont 264 à Naples et 17 à Gênes. La mortalité pendant cette même période s'élevait à 413 décès, dont 159 à Naples et 24 à Gênes.

FORMULAIRE

TISANE CONTRE LE CATARRHE DE LA VESSIE. — Zeissl.

Feuilles de turquette concassées.	5 grammes.
Feuilles de chenopodium ambrosioïdes id.	5 —

Mêlez et divisez en cinq paquets. — Un paquet pour un litre d'eau bouillante. — Cette tisane additionnée de lait et édulcorée, est conseillée aux malades atteints de catarrhe de la vessie. S'efforcer avant tout de combattre les causes qui ont amené la cystite. — N. G.

COURRIER

ERRATA. — Dans notre *Bulletin* du jeudi 16 octobre, 3e ligne du *Vœu* de la Société de Saint-Quentin, au lieu de « constitution », lisez « institution » ; et 12e ligne, au lieu de « tout en étant », lisez « tout en visant ».

— Dans le *Bulletin* de jeudi dernier 23 octobre, page 673, ligne 16, au lieu de « intérêts », lisez « instincts ».

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Carré, ophthalmologiste, qui a succombé à l'âge de 42 ans.

— Nous apprenons également avec regret la mort du docteur Faucon, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté libre de médecine de Lille, et membre correspondant de la Société de chirurgie.

ECOLE ET HÔPITAL DENTAIRES DE PARIS. — Directeur, M. le docteur Th. David. (Année scolaire 1884-1885.) — La cinquième séance annuelle d'inauguration des cours et la distribution des récompenses auront lieu le jeudi 30 octobre, à huit heures du soir, dans le local de l'école, 23, rue Richer, sous la présidence de M. Paul Bert. Sont invités à assister à cette séance MM. les médecins, les étudiants en médecine, les pharmaciens.

La réouverture des cours aura lieu le lundi 3 novembre.

ENSEIGNEMENT LIBRE. — M. le docteur Chéron, médecin de Saint-Lazare, reprendra ses leçons cliniques, 9, rue de Savoie, le lundi 3 novembre 1884, à une heure, et les continuera les lundis suivants, à la même heure.

MISSION SCIENTIFIQUE. — M. Jules Arronssohn, professeur de chimie organique, est chargé d'une mission scientifique en Italie, à l'effet d'y étudier le choléra au point de vue étiologique en même temps qu'au point de vue de la chimie physiologique et de la thérapeutique appliquée.

— M. le docteur Julles Soller, attaché au service des Messageries maritimes, est chargé d'une mission dans l'Extrême-Orient, notamment en Chine et au Japon, pour y entreprendre des recherches anthropologiques.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs

Sommaire

Des déformations douloureuses du pied par impotence musculaire.

Communication faite à la Société de médecine de Paris le 22 mars 1884.

Par M. le docteur Henri THORENS, secrétaire général.

Les déformations douloureuses du pied ont été le sujet de bien des travaux, depuis Duchenne de Boulogne, à qui revient surtout l'honneur d'avoir établi leur pathologie et décrit la plupart de leurs formes cliniques. Mais malgré cette abondance de travaux, des divergences notables d'interprétations se produisent surtout au sujet de leur mode de production; les publications récentes en sont la preuve.

Ces déformations se présentent sous divers types : le plus souvent on observe celle qui a été décrite sous le nom de pied plat, pied plat douloureux, valgus douloureux et que M. Gosselin a eu surtout en vue en décrivant la tarsalgie des adolescents. Mais ce n'est là qu'une espèce de tout un genre de déformations qui reconnaissent toutes la même pathogénie.

Deux théories sont encore en présence pour expliquer, non les phénomènes ultérieurs de l'affection, sous ce rapport l'accord est à peu près fait, mais son mode de début. Pour M. Gosselin, ce seraient les os du tarse; pour M. Tillaux, les ligaments tarsiens qui seraient pris les premiers, et détermineraient ensuite des contractures réflexes des muscles moteurs du pied sur la jambe; pour les autres, avec Duchenne de Boulogne, ce serait au contraire les muscles qui seraient atteints primitivement, leur équilibre qui serait troublé, et la déviation serait consécutive à la paralysie ou à la contracture de certains d'entre eux.

C'est cette dernière opinion qui paraît actuellement la mieux fondée et en faveur de laquelle nous croyons pouvoir apporter quelques arguments sur lesquels il nous semble que l'attention n'a pas été portée suffisamment.

Quels sont les véritables ligaments du pied, ou mieux quels sont les véritables agents qui maintiennent les os du pied dans leurs rapports normaux entre eux et avec les os de la jambe? Ce sont les muscles, et l'on peut étendre cette proposition à la physiologie de toutes les articulations. Les ligaments proprement dits, plus ou moins rigides et inextensibles, maintiennent les pièces osseuses en contact les unes avec les autres, établissent la continuité des pièces du squelette entre elles, tout en leur permettant une certaine mobilité; mais leur action ne se produit qu'après celle des muscles. Ceux-ci sont tout à la fois organes moteurs et organes de soutien et de résistance. Ce sont de véritables haubans agissant non seulement d'une manière intermittente en vertu de leur contractilité, mais encore d'une manière permanente en vertu de leur tonicité et de leur élasticité.

Nous ne pouvons ni ne voulons entrer ici dans toutes les théories qui ont été émises en physiologie sur l'identité ou la différence de la tonicité et de l'élasticité; attribuer la première à la substance contractile, la seconde au tissu cellulaire inter-musculaire. Nous accepterons la théorie de Kuss (*Physiologie*, p. 82; *Beaunis*, p. 257) qui a l'avantage, sans rien préjuger des phénomènes intimes, de rendre compte synthétiquement des faits d'observation clinique. Pour notre maître de Strasbourg, un muscle au repos n'a jamais sa forme naturelle, il est toujours tendu au delà de sa longueur naturelle, et exerce par là une certaine traction sur ses points d'insertion. Cette tonicité, ou mieux cette tension musculaire ou cette élas-

ticité est, en effet, une propriété vitale; car elle est une propriété du muscle vivant, et c'est une des premières qui disparaît quand la nutrition du muscle est troublée, que ce soit par la mort, que ce soit par une section nerveuse ou un arrêt circulatoire. Il en résulte que, même à l'état de repos, de non-activité, le muscle exerce une traction sur les os auxquels il s'insère, et nous verrons de quelle importance est cette traction continue, permanente, sous la dépendance exclusive d'une proprepriété purement physique, par conséquent non sujette à fatigue.

Cette traction intervient dans le jeu normal des articulations et bride l'étendue de leurs mouvements. La preuve expérimentale en est facile à donner. Faites, avec le concours d'un aide, exécuter à l'une de vos articulations, au genou, par exemple, des mouvements passifs plus étendus que ceux que vous lui imprimez d'ordinaire; bien avant d'avoir atteint la limite de l'extensibilité des ligaments qui brident la flexion du genou, vous ressentez une traction, souvent douloureuse, dans l'épaisseur du droit antérieur et la sensation ne permet pas de se tromper sur son siège; seulement alors quand cette résistance est vaincue, vous sentez de la gêne articulaire. Une autre expérience plus simple : le genou étendu, fléchissez le pied, puis fléchissez le genou, et vous voyez immédiatement la flexion du pied augmenter. Or, qu'avez-vous fait? Par la flexion du genou, vous avez rapproché les points d'insertion des jumeaux et augmenté d'autant la quantité dont le triceps sural peut s'allonger, diminué donc d'autant la résistance qu'il oppose à l'action des fléchisseurs du pied.

Quand le muscle est devenu actif, qu'il est contracté, son élasticité n'a pas diminué; tout au contraire, et c'est souvent par le seul intermédiaire de cette élasticité que son action se manifeste. Un exemple me fera comprendre. Dans la station assise, sur un siège ayant comme hauteur la longueur de la jambe, la jambe fléchie à angle droit, le pied porte sur le sol par toute sa plante et se trouve maintenu sans aucune contraction des muscles de la jambe; ils ne concourent à maintenir sa forme que par le fait de leur tonicité. Dans la station debout, le pied repose également sur le sol, rien n'est changé dans la forme extérieure des parties. Mais l'action de la tonicité musculaire, de l'élasticité du muscle au repos, est insuffisante pour lutter contre l'action de la pesanteur, du poids du corps; les muscles, surtout les extenseurs, se sont contractés, ils se sont raccourcis et par conséquent augmenté d'autant la force de la traction qu'ils exercent sur les os. Mais ils ne peuvent se maintenir ainsi sans qu'il y ait production de fatigue, et cette contraction ne peut se maintenir longtemps.

Duchenne a établi que, dans tout mouvement volontaire, les muscles producteurs de ces mouvements entrent en jeu synergiquement avec leurs antagonistes, qui leur servent de modérateurs (*Phys.*, p. 276; *Elect.*, p. 1040).

Rappelons, de plus, qu'un mouvement physiologique n'est guère le fait de la contraction d'un seul muscle. Et pour prendre un exemple au pied, la flexion du pied résulte de l'action simultanée du jambier antérieur, fléchisseur adducteur et de l'extenseur commun, fléchisseur abducteur; l'extension de celle du triceps, extenseur adducteur et du long péronier latéral, extenseur abducteur.

La connaissance de la direction et des points d'attache d'un muscle, l'expérimentation électro-physiologique ou au moyen de préparations anatomiques peuvent nous indiquer quelle est l'action d'un muscle isolé; mais la connaissance de cette action ne suffit pas à nous indiquer sa fonction; il faut tenir compte, en effet, de l'action exercée par les muscles moteurs, directs ou indirects, de la même articulation; tenir compte de ce que Duchenne a appelé l'harmonie des antagonistes, et nous devrions ajouter, et de celle des synergiques.

Par le fait même de son élasticité, de sa distension à l'état de repos, un muscle qui s'est contracté et qui a déterminé un mouvement, ne revient pas à sa dimension primitive une fois que la contraction a cessé; son élasticité, sa tonicité l'en empêchent. Il faut l'action de son antagoniste pour le ramener à sa place.

Il est indispensable de poser ces prémisses avant de pouvoir faire l'étude des déformations d'origine musculaire.

Pour ne nous en tenir qu'au pied, nous n'allons pas revenir sur l'anatomie de cet organe, ni sur sa forme en voûte et son utilité, ni sur les points d'appui de la voûte plantaire, le talon, le bord externe et le talon antérieur, ou extrémité antérieure du premier métatarsien.

Rappelons seulement, comme nous l'avons déjà démontré (1), que dans les mouvements de flexion et d'extension du pied sur la jambe, le pied ne fait qu'un tout avec l'astragale et se meut avec lui sur les os de la jambe; que, dans les autres mouvements, le pied se meut sur l'astragale faisant corps avec les os de la jambe. Ces derniers mouvements sont complexes. L'extension, c'est-à-dire le mouvement d'avant en arrière du calcanéum sous l'astragale, amène une abduction très peu marquée, suivie presque immédiatement du renversement de la plante du pied en dedans, avec adduction de la plante du pied. La flexion, c'est-à-dire le mouvement d'arrière en avant du calcanéum sous l'astragale, entraîne l'abaissement du bord interne du pied, l'abduction de la pointe et le renversement de la plante en dehors.

Tenons compte d'un fait qui n'a peut-être pas été assez signalé. L'axe vertical de la jambe (l'astragale considéré comme os de la jambe) tombe en dehors de l'axe vertical du calcanéum. Il n'est soutenu en dedans que par la petite apophyse du calcanéum; ce support semble bien renforcé, jusqu'à un certain point, par la présence des tendons des muscles de la région postérieure profonde de la jambe. Mais on peut comprendre que cette disposition, surtout chez de jeunes sujets où le développement de la partie interne du pied est resté en retard, favorise le renversement du pied en valgus.

Cela se produit d'autant plus facilement que, tandis que des ligaments puissants unissent le calcanéum au cuboïde, et par suite aux os externes du pied, les articulations internes sont plus lâches et plus multipliées. Duchenne dit avoir constaté, sur un grand nombre de pieds dont tous les muscles moteurs étaient atrophiés depuis plusieurs années, qu'il n'y avait d'autre déformation apparente qu'un léger valgus de l'arrière-pied. Le calcanéum, pressé entre le poids du corps et la résistance du sol, a une tendance naturelle à tourner en dehors dans l'articulation calcanéo-astragalienne.

S'il en est ainsi dans les pieds paralysés, et si le pied garde sa forme quand tous les muscles sont sains, il est évident que c'est à l'action synergique des muscles que ce phénomène est dû.

Or, ces muscles agissent sur l'articulation tibio-tarsienne et les articulations sous-astragaliennes.

Rappelons brièvement leurs fonctions.

L'extension directe du pied est le fait de la contraction simultanée du triceps sural et du long péronier latéral. Le premier est extenseur adducteur; dans un premier temps, il porte fortement dans l'extension l'arrière-pied et la partie interne de l'avant-pied; dans un second, il détermine l'adduction de la pointe et le renversement de la plante du pied en dedans.

Le long péronier latéral agit plus faiblement sur l'articulation tibio-tarsienne; mais il abaisse l'extrémité postérieure du premier métatarsien, en bas et en dehors, sur le premier cunéiforme, celui-ci sur le scaphoïde et

(1) Documents pour servir à l'histoire du pied-bot varus congénital, 1873, p. 19-20.

le troisième sur l'astragale; il en résulte une augmentation de la voûte plantaire, pied creux par torsion de la partie interne du pied sur le cuboïde; continuant son action, ce muscle agit sur l'articulation sous-astragalienne, de manière à porter la pointe du pied dans l'abduction et à renverser la plante en dehors.

La flexion directe du pied est produite par la contraction synergique du jambier antérieur, fléchisseur adducteur, et de l'extenseur commun des orteils, fléchisseur abducteur. Le jambier antérieur fait mouvoir, de bas en haut et de dedans en dehors, le premier métatarsien sur son cunéiforme, celui-ci sur le scaphoïde et ce dernier sur l'astragale; il en résulte un effacement de la voûte plantaire, avec élargissement du diamètre transversal de l'avant-pied et renversement de la plante en dedans. Ce muscle est, sous ce rapport, l'antagoniste du long péronier latéral. La contraction continuant, il fléchit le pied sur la jambe, flexion accompagnée d'adduction de la pointe et de renversement de la plante en dedans.

L'extenseur commun des orteils, après avoir produit l'extension surtout de la première phalange, fléchit le pied sur la jambe, et en produit l'abduction avec renversement de la plante en dehors. En outre, par sa tonicité, il empêche l'inflexion de l'avant-pied sur l'arrière-pied.

Le court péronier latéral et le jambier postérieur sont le premier abducteur direct, le second adducteur direct du pied. Tous deux fléchissent le pied quand il est fortement étendu, l'étendant quand il est fortement fléchi, le ramènent en un mot à la flexion à angle droit.

Si au lieu de nous borner à l'examen des muscles au repos, nous abordons l'étude de la locomotion, nous voyons encore le rôle important joué par les muscles des orteils ; leur rôle consiste essentiellement à produire simultanément la flexion des premières phalanges et l'extension des dernières. Ils agissent surtout quand les orteils, et principalement le premier, s'abaissent puissamment après que le pied s'est relevé du sol, du talon aux métatarsiens, afin de donner aux corps la dernière impulsion en avant. S'il en était autrement la phalange unguéale se serait appliquée sur le sol, et dans ce cas la marche et la station debout seraient devenues douloureuses.

Ce sont ces actions musculaires, synergiques et antagonistes qui maintiennent le pied dans sa forme normale ; elles lui permettent de se prêter aux modifications qu'exigent incessamment la station debout, la marche, la course, le saut et les terrains variés sur lesquels il s'appuie, et de revenir immédiatement à sa forme première. Les muscles agissent, non seulement comme organes de mouvement, mais encore comme organes de maintien et de soutien ; ce sont de véritables ligaments faiblement et parfaitement élastiques, et leur moment d'action se produit avant celui des ligaments fibreux, fortement et imparfaitement élastiques.

Prenons pour exemple la voûte du pied. Elle est maintenue par la tonicité du long péronier latéral, dont le raccourcissement produirait un pied creux valgus équin, et contre laquelle lutte celle du jambier antérieur, dont le raccourcissement produirait un pied plat varus-talus. Examinons un pied dépouillé de ses muscles, et dont on a conservé tous les ligaments. Il est facile d'en effacer la voûte plantaire, tandis qu'on n'y arrive pas si on exerce une traction suffisante sur le tendon du long péronier. Ce n'est que quand la résistance offerte par celui-ci est surmontée que la résistance des ligaments est mise en jeu.

S'il est permis de raisonner par analogie, rappelons que sur le vivant, les ligaments d'une articulation au repos ne sont pas tendus ; ce ne sont pas eux qui déterminent la position que prennent les os. Dans l'articulation scapulo-humérale, si la tête de l'humérus est maintenue contre la cavité glénoïde, c'est par le fait de la tonicité du deltoïde; nous en avons la preuve dans l'abaissement du bras qui suit la paralysie de ce muscle.

Il en est de même pour la voûte plantaire et nous sommes en droit de

dire que les causes externes qui amènent l'affaissement de la voûte plantaire, n'agissent sur les ligaments et ne peuvent les distendre que quand l'action du long péronier a été vaincue.

Que l'équilibre musculaire soit rompu, les muscles dont la tonicité ou la contractilité l'emportent, déterminent par leur action prépondérante une déformation. Je ne veux pas faire l'histoire clinique de toutes ces déformations ; elles ont été tracées de main de maître par Duchenne (de Boulogne) et je ne peux que renvoyer à ces descriptions.

Les phénomènes cliniques correspondent trop exactement aux résultats tirés de l'expérimentation physiologique et prévus par les dispositions anatomiques, pour qu'il soit possible de mettre en doute leur exactitude, et elles prouvent la nécessité de l'harmonie musculaire pour le maintien de la forme du pied. Les déformations articulaires ne se produisent qu'après les troubles musculaires.

Pour que l'équilibre musculaire soit rompu, que ces haubans n'exercent plus une traction égale chacun dans son sens, il faut ou que la traction soit affaiblie ou que celle de l'autre soit augmentée ; en d'autres termes, qu'un muscle soit paralysé ou impotent, ou que son antagoniste soit contracturé.

Dans les cas de paralysie infantile, la déformation est généralement considérable et tout le monde sera d'accord sur son interprétation ; si un muscle est paralysé, son antagoniste agit par sa tonicité ; il se raccourcit en se contractant, et l'antagoniste paralysé ne peut le ramener à sa dimension primitive; la pesanteur agit; il se produit une position vicieuse qui devient plus ou moins définitive avec le temps. Il n'y a pas de doute admissible au sujet de ce mécanisme. C'est celui qui donne naissance aux différents pieds-bots acquis paralytiques ; nous ne faisons que les mentionner.

Mais n'est-il pas d'autres cas où la paralysie peut être moins prononcée ; au lieu de tout un groupe de muscles, c'est un seul muscle, une portion seule du muscle qui est atteinte; il n'y a pas paralysie, mais parésie, mais faiblesse musculaire, ce que Duchenne appelle d'un mot très compréhensif : impotence. Et cette faiblesse, cette impotence, portent non seulement sur la contractilité, mais sur l'élasticité qui varie comme la première suivant l'état de nutrition du muscle. Dans ce cas, au lieu de ces grands grandes déviations évidentes, nous n'avons affaire au début qu'à une difformité à peine apparente. Ce n'est qu'à la longue que, sous l'action prépondérante des antagonistes, sous l'influence du poids du corps, la déviation devient permanente. Le patient ne présente à peu près aucun phénomène objectif ; mais cependant le jeu normal du pied est troublé ; la station et la locomotion, parfois seulement certaines formes, sont impossibles ou douloureuses, et dans certaines circonstances variables, les points d'appui du pied sont modifiés, d'où pressions sur des surfaces cutanées mal garanties, durillons, etc.; certaines articulations sont mises en jeu dans un sens autre que celui de leurs mouvements ordinaires ; de là tous les phénomènes douloureux décrits classiquement, toutes les phases de la tarsalgie. Mais nous devons trouver théoriquement, et dans la pratique nous trouvons toujours au début un trouble musculaire, un défaut d'harmonie, donc impotence d'un muscle quelconque. Ce muscle peut varier, ce sera le plus souvent le long péronier latéral, dont l'impotence produit le valgus pied plat; mais ce sera aussi le jambier antérieur qui amène un équin varus avec griffe; ce seront des interosseux avec griffe pied creux, comme dans un cas que j'ai présenté à la Société médico-pratique.

Et ces faits d'impotence musculaire ne sont pas propres au pied, et n'ont pas été invoqués pour soutenir une conception *a priori*. La scoliose n'est-elle pas également souvent le résultat d'une impotence des muscles rachidiens ? L'époque de la vie où se produisent les tarsalgies, c'est la jeunesse et l'adolescence, c'est-à-dire la période de croissance où l'équilibre de toutes les forces n'est pas encore atteint; où les causes extérieures agissent plus

puissamment sur des tissus jeunes, affaiblis par leur développement. L'adolescence doit être comparée sous ce rapport à la première enfance, et notamment, au point de vue de la production des déformations, ces deux âges présentent de nombreuses analogies. Quand on examine attentivement un enfant qui commence à marcher, une fois qu'il a dépassé la période des premiers pas, on peut le sortir à pied. Les déformations du pied sont alors on ne peut plus fréquentes et d'origine essentiellement musculaire. Elles sont, il est vrai, favorisées par le développement encore incomplet du squelette du pied, qui, comme je l'ai démontré, favorise la production d'un varus. Mais il y a une déviation de la pointe du pied en dedans par impotence des rotateurs de la cuisse en dehors (fessier, tenseur du fascia lata) et prédominance des adducteurs; il y a parfois adduction du bord interne du pied, tendance au renversement de la plante. On est souvent consulté pour des cas semblables, et qui guérissent par l'emploi des moyens généraux, du massage, des toniques, des fortifiants. C'est un phénomène analogue qui se passe chez les adolescents tarsalgiques, où il est encore favorisé, comme c'est noté dans la plupart des observations, par l'action de causes extérieures déprimantes : mauvaise hygiène, surmenage, action du du froid et de l'humidité. Et presque toujours, quand on peut remonter suffisamment dans l'histoire des antécédents, on trouve que le malade, un certain temps, parfois assez éloigné, avant l'apparition de la difformité, a ressenti des douleurs, de la courbature, des crampes dans les muscles paralysés, signes de la maladie musculaire primitive qui ont pu passer inaperçus.

Au lieu d'être affaiblis, les muscles pourraient être doués d'une tonicité et d'une contractilité exagérée ; au lieu de se laisser distendre, ils se raccourciraient primitivement ; il y aurait une contracture.

Je mets fortement en doute l'existence d'une contracture primitive ; ou plutôt je demande qu'on s'entende sur ce qu'est une contracture. Ce n'est qu'un mot pour désigner le raccourcissement du muscle et ce mot a le tort d'entraîner avec lui l'idée d'une sorte d'état actif de la part du muscle. Les états les plus divers y ont été englobés. Je crois, avec M. Dally, que le terme de contractures devait être réservé aux rigidités musculaires, avec ou sans raccourcissement, entièrement soustraites à l'action de la volonté et entretenues par une lésion chronique ou aiguë des centres nerveux. Les unes directes sont liées aux lésions primitives du cerveau et de la moelle (scléroses médullaires, paralysie agitante, paralysie générale), les autres réflexes sont produites par la transmission d'une souffrance viscérale ou périphérique (tétanos, hystérie, crampes). Il faut en séparer un état de rigidité musculaire qui n'est pas soustraite à la volonté, contraction par appréhension, et le raccourcissement d'adaptation.

Les contractions par appréhension, par vigilance musculaire, s'observent fréquemment au cours des arthrites : ce sont elles qui, si l'inamovibilité n'est pas produite par les appareils, maintiennent le membre dans une position fixe ; mais ces contractions ne sont pas permanentes, ce qui est le caractère de la contracture ; elles sont maintenues par une action réflexe et par la force de la volonté ; mais elles entraînent avec elles une fatigue à laquelle le malade cède ; il s'endort, la contraction cesse, l'articulation bouge ; la douleur reparaît ; le malade se réveille et contracte ses muscles à nouveau. A la longue, ces contractions prolongées peuvent, il est vrai, devenir le point de départ de raccourcissements d'adaptation.

Se rencontre-t-il de ces contractures ou de ces contractions prolongées dans la tarsalgie ? Oui, mais pas primitivement. Elles n'apparaissent que quand la paralysie d'un muscle a amené des entorses à répétition, par suite du trouble causé au mécanisme de la marche ou de la station. Elles cèdent rapidement au repos du membre.

Le raccourcissement par adaptation est consécutif à la paralysie, à la pa-

résie ou à toute autre lésion qui supprime l'action des antagonistes ; ceux-ci n'agissant plus pour déterminer l'élongation du muscle sain après sa contraction, la tonicité de ce dernier n'est plus contrebalancée ; le raccourcissement persiste et ne tarde pas à devenir définitif. Ces raccourcissements par adaptation s'observent encore à la suite des déformations articulaires ; la mauvaise position permanente donnée au membre amène le rapprochement de certains points d'insertions, l'éloignement de certains autres, de là des raccourcissements et des élongations. Il en est ainsi non seulement des muscles, mais encore des ligaments de toutes les parties molles.

Le raccourcissement musculaire n'est qu'un des cas particuliers d'application d'une loi générale. Il se produit de ces raccourcissements dans la dernière période de la tarsalgie ; mais jamais on n'en rencontrera au début de l'affection.

On peut s'en convaiucre en procédant à cette époque à l'examen électrique des muscles ; elle est normale chez ceux qui paraissent raccourcis, mais elle est affaiblie, quand elle n'a pas entièrement disparu dans leurs antagonistes. Ces contractures qu'on décrit souvent comme causes de la déformation, ne sont autre que l'action d'une tonicité normale, qui n'est plus maintenue en équilibre par celle de ses antagonistes ; et la preuve en est dans la guérison de ces soi-disant contractures par la faradisation des antagonistes.

Nous arrivons ainsi à conclure que les déformations douloureuses du pied, désignées généralement sous les noms de tarsalgie, pieds plats douloureux, etc., résultent d'une rupture de l'équilibre des muscles antagonistes, rupture consécutive à l'affaiblissement, impotence, parésie ou paralysie de l'un d'entre eux.

Les lésions articulaires, les contractures ne sont que des lésions secondaires, mais qui peuvent à un certain moment compliquer sérieusement la difformité.

L'indication principale du traitement est donc de rétablir l'intégrité de l'équilibre musculaire. Les stimulants locaux et généraux, les frictions, le massage, l'électricité, les mouvements gymnastiques passifs et actifs en seront la base et pourront suffire dans les cas récents. Dans ceux plus invétérés, la déformation peut exiger le port d'un appareil prothétique ; mais on ne peut en espérer un redressement complet et durable qu'à condition de pouvoir arriver à restaurer les fonctions musculaires. Une fois les phénomènes inflammatoires arrêtés, il faut donc recourir à des appareils qui permettent le mouvement des parties, tout en luttant contre l'action trop prépondérante des muscles sains. C'est dans ces cas que l'on se trouve très avantageusement de l'emploi des tractions élastiques, appliquées le plus exactement possible dans la direction du muscle qu'elles sont appelées à suppléer. J'en ai personnellement obtenu de meilleurs effets que des semelles en dos d'âne ; celles-ci compriment souvent d'une manière douloureuse la plante du pied. Je leur préfère une semelle en acier, fixée simplement au talon, et dont la partie antérieure libre dans la chaussure agit en vertu de son élasticité.

BIBLIOTHÈQUE

Dictionnaire usuel des sciences médicales, par les docteurs A. Dechambre, Mathias Duval, L. Lereboullet. — Paris, G. Masson, 1883-1884.

Nous avons déjà rendu compte des trois premiers fascicules de cet ouvrage, parus l'année dernière ; il nous reste à parler aujourd'hui des deux derniers qui le complètent et s'étendent de *Médéole* à *Z*. Nous ne reviendrons pas sur les critiques ni sur les éloges que nous avons adressés aux premières parties ; nous maintiendrons seulement les éloges, et nous atténuerons les critiques, car la partie chirurgicale, qui nous avait paru un peu négligée au début, nous semble avoir été rédigée avec plus de soins, moins hâti-

vement. On connaît également l'esprit de ce dictionnaire ; au lieu de se borner à donner des termes de la nomenclature médicale une définition plus ou moins précise, plus ou moins détaillée, les auteurs se sont efforcés de résumer l'état de nos connaissances sur ces différents termes, et d'ajouter à ceux-ci, à propos de chaque organe, une description suffisante des lésions ou des maladies dont il est atteint, et à propos de chaque maladie, tout ce qu'il est essentiel de connaître aux points de vue de l'étiologie, de la séméiologie, du diagnostic et de la thérapeutique.

On trouvera donc d'assez nombreux détails sur beaucoup d'articles de médecine et de chirurgie, d'obstétrique, d'ophthalmologie, de laryngologie, d'otologie, de psychologie, de physiologie et de pathologie générale, de jurisprudence médicale, de médecine légale, d'hygiène, d'anthropologie, d'ethnologie, de météorologie, de climatologie, de déontologie médicale, aux articles relatifs aux sciences physiques, chimiques et naturelles, enfin aux eaux minérales.

Quelques mots, aussi barbares que peu usités, ont disparu sans grand dommage de la lexicologie du nouveau dictionnaire, qui nous paraît appelé à rendre de réels services aussi bien aux praticiens, comme aide-mémoire, qu'aux étudiants. L.-H. PETIT.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 20 octobre 1884. — Présidence de M. ROLLAND

M. LE ROUX communique une note intitulée : *De la dislocation mécanique des images persistantes.*

« La persistance des impressions de la rétine fait succéder à la contemplation d'un objet vivement éclairé une sensation subjective rappelant avec plus ou moins de netteté la sensation objective. Ces perceptions consécutives ont été étudiées par de nombreux observateurs sous le nom d'images *accidentelles*. On ne sait rien sur leur cause physiologique.

« En attendant que des observations anatomiques permettent de tenter l'explication de ces phénomènes, voici un nouvel ordre de faits auxquels toute théorie devra satisfaire.

« J'ai remarqué depuis longtemps que ces images accidentelles, que j'appellerai plus volontiers *persistantes*, peuvent éprouver des modifications considérables lorsque l'observateur est vivement cahoté, en chemin de fer par exemple. Si, dans ces circonstances, on ouvre l'œil un instant dans la direction du soleil, comme pendant cet instant, si court qu'il soit, il se produit généralement plusieurs cahots, l'œil conserve plusieurs impressions séparées, deux ou trois, le plus souvent. Tandis que j'étudiais ces images au point de vue de leur coloration, mon attention fut attirée sur ce fait que trois images, par exemple, tout d'abord observées, pouvaient se réduire à deux, ou bien qu'en ayant primitivement observé deux j'en voyais apparaître une troisième.

« Je crus pendant quelque temps que l'effet des cahots était de provoquer, par une sorte d'exfoliation, un dédoublement de certaines de ces images, ou de ramener à la superposition deux images provenant d'un dédoublement.

« En étudiant les faits dans cette hypothèse, je remarquai qu'il y avait quelquefois certains détails qui différaient dans les images que je supposais provenir d'un dédoublement. Je fus alors amené à préférer comme objets d'étude les images irrégulières. J'en arrivai à conclure que les phénomènes observés constituaient une véritable dislocation du champ de la persistance, les images se séparant en parties pouvant s'éloigner plus ou moins l'une de l'autre, et, ce qui est plus singulier, certaines pouvant cesser temporairement d'être visibles pour réapparaître ensuite.

« Ces changements se font brusquement, sous l'influence de cahots dont l'observateur a parfaitement conscience. Dans mon cas, ils demandent pour se produire, une vitesse supérieure à celle moyenne des trains express, un certain état de la voie et sans doute une suspension des voitures plus ou moins imparfaite. C'est dans les voitures de deuxième classe de la ligne de l'Est que je puis le plus facilement voir se réaliser le phénomène. »

« Les effets de persistance pouvant durer jusqu'à huit ou dix minutes, on peut étudier à loisir les diverses modifications que peuvent subir les images. Pour concevoir la formation de celles que j'ai appelées irrégulières, il faut remarquer que, si, pendant la durée de la contemplation de la source lumineuse, l'orientation du globe oculaire a varié d'une

manière continue, par suite d'un balancement à longue période, on aura pour image une traînée affectant des formes plus ou moins irrégulières. On imagine facilement que les irrégularités en question puissent être plus ou moins favorables à l'observation des dislocations qui peuvent se produire.

« Jusqu'à présent je n'ai jamais vu les images se scinder autrement qu'en deux parties et dans le sens vertical, avec l'un et l'autre œil. Enfin aucun autre moyen que le cahotement du chemin de fer ne m'a réussi pour produire les effets signalés.

« Je ne puis savoir si le phénomène se produit en vertu d'un état pathologique ou s'il est normal ; mais, depuis plusieurs années que je l'étudie, je l'ai vu se reproduire avec la même facilité dans les mêmes circonstances.

« La nature de l'action déterminante, qui est ici un certain cahotement, montre que la cause est le déplacement relatif de certaines parties de l'appareil de la vision, déplacement qui pourrait aussi bien avoir lieu dans la masse cérébrale que dans l'œil lui-même. Mais, dans la recherche de l'explication, il ne faut pas perdre de vue cette circonstance que le déplacement dont il s'agit n'affecte que des portions d'organe antérieurement modifiées par une impression lumineuse objective. La discontinuité qui survient dans l'image persistante n'est pas accompagnée de cécité dans la portion du champ où elle se produit.

« Si l'on veut chercher la cause du phénomène dans la partie antérieure de l'appareil de la vision, c'est-à-dire dans l'œil lui-même, on pourrait peut-être supposer que la membrane hyaloïde limitant la couche rétinienne du côté d'où vient la lumière recevrait de la part de cet agent des modifications plus ou moins persistantes, et que c'est en vertu de ces modifications que l'appareil nerveux sous-jacent continue à être impressionné. Cette membrane, sous l'influence d'actions mécaniques suffisamment violentes, pourrait éprouver une distension dans certaines parties de moindre résistance, ce qui aurait pour effet d'amener les parties impressionnées en contact avec d'autres fibres nerveuses et produirait la discontinuité dans l'image persistante, puis lorsque, par l'effet d'une action mécanique de sens contraire à la première, les parties séparées par distension reviendraient à leur position primitive, l'image réapparaîtrait avec sa forme initiale. On pourrait aussi imaginer que cette membrane fût formée de feuillets se croisant les uns sur les autres. »

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 11 octobre 1884. — Présidence de M. POLAILLON.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

La correspondance imprimée comprend les numéros parus des journaux et publications suivants :

La *Revue des travaux scientifiques*, la *Revue médicale et scientifique d'hydrologie et de climatologie pyrénéennes*, le *Concours médical*, le *Journal d'hygiène*, la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, le *Compte rendu général des Académies et Sociétés savantes*, le *Progrès médical*, la *Gazette médicale de Picardie*, le *Journal de médecine de Paris*.

Une circulaire de M. le ministre de l'Instruction publique relative au Congrès des Sociétés savantes de 1885.

M. CHRISTIAN dépose une brochure dont il est l'auteur : *Des difficultés que présente le diagnostic de la paralysie générale*.

M. le docteur DEHENNE adresse une lettre de candidature au titre de membre titulaire.

M. LE PRÉSIDENT rappelle la mort, survenue pendant les vacances, de M. Oulmont, membre honoraire, et se fait l'interprète des regrets de la Société.

M. le docteur DE BEAUVAIS donne lecture d'une lettre de M. Duboué (de Pau), membre correspondant, en réponse aux observations faites par MM. Abadie et Besnier sur sa première communication.

L'existence du microbe cholérique n'est pas encore mise hors de doute ; mais, quelle que soit la solution définitive de la question, il reste un moyen prophylactique individuel capable d'empêcher la destruction d'abord de l'endothélium des vaisseaux capillaires aortiques, et secondement de l'épithélium des muqueuses et des séreuses. C'est le tannin, qui est un médicament absolument inoffensif ; il ne produit nullement la consti-

pation ; il trouve son application dans toutes les formes du choléra, car elles ont toutes un élément commun : les desquamations épithéliales. Administré par la bouche, pendant la période algide, il restera évidemment sans action, car il ne sera pas absorbé. Mais il n'y a pas à craindre, comme le fait observer M. Besnier, qu'en s'opposant à la diarrhée, il retienne dans l'intestin un liquide favorable à la pullulation des bacilles. Il faudrait à ce compte ne jamais traiter la diarrhée.

M. Abadie : A l'époque où a eu lieu la discussion du travail de M. Duboué, je ne connaissais encore que les premières recherches de Koch publiées après son voyage dans l'Inde. Ces recherches m'avaient paru très importantes, et je disais qu'à l'avenir, dans toutes les questions concernant le choléra, il faudrait en tenir compte. Depuis, Koch a publié un autre travail très étendu sur le même sujet. Je l'ai lu avec soin dans le texte original et aussi dans la *Semaine médicale*, qui en a publié une traduction complète. La science médicale doit être essentiellement humanitaire et par cela même internationale; aussi il ne m'en coûte nullement de déclarer que ce dernier travail de Koch m'a paru de premier ordre et extrêmement instructif à tous les points de vue. Non seulement la technique de la recherche du bacille virgule y est exposée avec le plus grand soin, mais on y trouve en outre de nombreuses considérations parfaitement déduites qui éclaircissent beaucoup, à mon avis, ces questions encore si obscures et si controversées de transmissibilité et de pathogénèse de cette terrible maladie.

Tout d'abord, Koch nous apprend que, sur 100 autopsies de cholériques ayant présenté les formes les plus diverses, cas foudroyants ou à longue durée, il a trouvé 100 fois le bacille en virgule caractéristique. Au contraire, chez les malades ayant succombé à des affections intestinales autres que le choléra, le bacille en question a toujours fait défaut.

Voilà donc, par conséquent, déjà un fait nettement établi et qui semble devoir être d'une utilité incontestable pour le diagnostic.

Cette recherche du bacille virgule est comparable, à certains points de vue, à celle du bacille de la tuberculose, d'une importance capitale aujourd'hui, unanimement reconnue dans le diagnostic différentiel des affections pulmonaires. Grande découverte qui appartient encore à Koch.

Dans ce même travail auquel je fais allusion se trouvent également des considérations importantes sur le mécanisme de la mort dans le choléra. D'après Koch, la mort serait la conséquence d'une intoxication par une substance toxique sécrétée par le bacille virgule. Je ferai remarquer que cette conception d'un produit toxique, alcaloïde, ptomaïne, provenant de l'évolution des microbes pathogènes, a été déjà mise en avant, en France, par Bouchard et Lépine.

Quelques expériences faites dans l'Inde par le docteur Richards sembleraient prouver que ce n'est pas là une simple vue de l'esprit. En effet, en faisant manger à des porcs des déjections cholériques en quantité suffisante, ces animaux succombent en quelques heures. Le docteur Richards en avait conclu qu'il avait inoculé le choléra à ces animaux, mais il n'en est rien, car leurs déjections et leurs sucs intestinaux ne sont plus inoculables à d'autres porcs. Il faut donc admettre qu'ils succombent à une intoxication et non à une maladie virulente transmissible.

Quoi qu'il en soit, il est certain que, dans les cas foudroyants où la déperdition des liquides séreux est parfois insignifiante, cette hypothèse d'un empoisonnement rend mieux compte des faits que toute autre, et la pathogénie complexe, invoquée par M. Duboué, pourrait difficilement s'appliquer à ces cas-là.

Qu'il me soit permis maintenant, puisque nous discutons sur le choléra, de dire un mot sur deux questions importantes et qui divisent encore les observateurs. Je veux parler de la transmissibilité et de la réceptivité.

La transmission a-t-elle nécessairement lieu par les liquides et solides seulement, ou aussi par l'air lui-même ? Si l'on tient compte des expériences microbiologiques, de l'ensemble des faits cliniques, des études attentives de la marche et de la propagation du fléau d'une localité dans une autre, il semble que le microbe pathogène a toujours été transporté par des agents solides ou liquides. Cela ne peut plus désormais faire un doute pour personne. Mais ce mode de transmission, tout en étant certainement le plus répandu, est-il absolument exclusif ? Est-il impossible que des bacilles, quoique en partie desséchés et devenus transportables par l'air, aient complètement perdu leurs propriétés virulentes? La preuve complète n'en est pas encore faite. Dans tous les cas, en admettant même que ce transport aérien puisse avoir lieu, ce ne serait que pour de très petites distances, et ce mode de propagation resterait exceptionnel. Sinon le choléra, qui frappe à tous les âges, devrait faire des ravages considérables chez les médecins et les

infirmiers qui vivent journellement dans ce milieu délétère; or, en réalité, la mortalité n'est pas plus grande chez eux que dans le reste de la population.

J'arrive maintenant à la question de la réceptivité. Pourquoi tel individu prend-il le choléra et tel autre reste-t-il indemne? Est-ce parce que l'un est apte et l'autre ne l'est pas? Est-ce parce que l'un a une constitution spéciale, une force de résistance supérieure à celle de l'autre? Pour mon compte, je ne le crois pas, et grâce aux recherches de jour en jour plus précises, qui nous révèlent les conditions déterminantes des maladies virulentes et contagieuses, on finira par renoncer à ces idées surannées de constitutions médicales, de diathèses, de force vitale qui n'ont servi jusqu'ici qu'à déguiser notre ignorance.

Si tel individu contracte une maladie virulente à laquelle tel autre échappe, c'est que le premier s'est trouvé placé dans les conditions voulues pour que le phénomène pathologique qui va constituer la maladie s'accomplisse en lui, tandis que l'autre y a été soustrait par une raison quelconque. L'admirable travail sur la rage communiqué par Pasteur au Congrès de Copenhague, nous édifie pleinement sur ce point de pathologie générale.

On fait mordre quatre chiens bien portants par un chien enragé. Voici alors, en général, ce qui se passe : le premier chien mordu devient enragé au bout de huit à dix jours, le second au bout de quinze jours à trois semaines, le troisième quelquefois seulement au bout de deux mois, le quatrième n'a rien.

Faut-il en conclure que le dernier est réfractaire à la rage et que la force de résistance du troisième est plus grande que celle du second et ainsi de suite? En raisonnant ainsi, on se tromperait étrangement, car ce dernier chien qui a été épargné, si on lui inocule directement le virus rabique, devient enragé à son tour. Il n'y avait donc là qu'une simple question de dose, et c'est uniquement par suite de circonstances entièrement étrangères à l'organisme de l'animal que la maladie ne s'est pas produite en lui.

On ne saurait donc invoquer ici une question de réceptivité. Il n'y a pas de chien réfractaire à la rage; si à la suite d'une morsure rabique un chien ne devient pas enragé, c'est uniquement parce que, par une circonstance fortuite, les conditions voulues de dose du virus, du siège et de la profondeur de la blessure n'ont pas été remplies.

Eh bien! je crois qu'il en est de même pour le choléra. Je crois que tel individu n'est pas plus réfractaire que tel autre à cette maladie microbienne. Si celui-ci y échappe et si celui-là est frappé, c'est parce que les conditions de contamination n'ont pas été les mêmes pour les deux. A cet égard, quelques remarques de Koch sont encore pleines d'intérêt. Le microbe du choléra arrivé dans l'estomac semble être détruit par les sucs digestifs. Pour qu'il engendre la maladie, il faut qu'il pénètre vivant dans l'intestin; il faut qu'il franchisse le pylore en conservant ses propriétés pathogènes ; or, ce phénomène aura lieu surtout lorsque la digestion stomacale est incomplète ou à la suite d'écarts de régime, ou lorsqu'il existe déjà des troubles digestifs antérieurs; mais ce sont-là des conditions purement mécaniques et indépendantes de la soi-disant force de résistance et de la constitution d'un chacun.

En y réfléchissant, on s'aperçoit bien vite que toutes ces considérations n'ont pas qu'un simple intérêt scientifique et philosophique, elles ont une importance considérable pour la pratique et précisément pour les questions de prophylaxie. Au lieu de chercher, comme le veut M. Duboué, à modifier la constitution du sujet en lui faisant prendre à l'avance une médication spéciale dont l'efficacité est absolument hypothétique, il est préférable, en tenant compte des faits acquis que nous venons d'énumérer, de faciliter à l'individu la possibilité de se soustraire aux conditions nécessaires et prévues pour que la maladie se produise en lui.

M. Dubrisay lit le rapport de la commission chargée d'étudier le traitement de la teigne par l'huile de croton.

M. de Beauvais rappelle que MM. Descroisilles et Cadet de Gassicourt emploient ce traitement avec succès.

M. Thorens lit un rapport sur la candidrture de M. le docteur Mazaé Azéma, de la Réunion, au titre de membre correspondant, et conclut en faveur de son admission.

Le secrétaire annuel par intérim, Rougon.

VARIÉTÉS

LES DISTRIBUTIONS D'EAU POTABLE ET LE CHOLÉRA ASIATIQUE.

Il y a beau temps qu'on a consulté les *English Rivers pollution reports* et constaté d'après leur statistique l'insalubrité et les dangers des eaux de rivières polluées par les grandes villes. Cependant les événements donnent à nos voisins des leçons profitables. Leur esprit pratique sait imposer aux fonctionnaires publics et aux Commissions d'assainissement des mesures de nécessité ; de telles leçons ne semblent guère profiter à l'administration parisienne.

En ce moment, malgré les énormes dépenses hausmaniennes d'hier et sous prétexte de l'exiguïté du budget d'aujourd'hui, plusieurs quartiers de Paris reçoivent pour leur alimentation de l'eau de rivière et non de l'eau de source. On serait tenté de répéter à nos édiles, après l'auteur d'un article du *New-York médical Journal* du 19 juillet dernier, voici une leçon à ne pas oublier : *a lesson to be remembered.*

Ce que j'oublie, il est vrai, c'est la nationalité américaine de notre confrère. Là-bas, comme chez nos voisins d'outre-Manche, il y a une opinion publique fort sévère. De plus, il existe, à l'égard des fonctionnaires sanitaires comme des Board of Health ou des commissions paroissiales, une responsabilité effective. D'ici au jour bien lointain où elle existera en France on pourra donc répéter en vain : *a lesson to be remembered.* A preuve ce qui se passe actuellement à Paris où, malgré les affirmations des ingénieurs de l'administration, qui proclament la pureté des eaux de la Seine puisées à Ivry, l'exemple de Manchester et de Glascow devrait donner à réfléchir.

Avant 1851, Manchester buvait des eaux de puits ou celles de l'Iwell, les unes et les autres également polluées. En 1832, il y eut dans la ville 890 décès cholériques, et en 1848, on en compta 1,115. Une distribution d'eau pure fut instituée en 1851. Aussi, en 1854, on enregistra 50 décès cholériques. En 1866, cette mortalité fut à 88 décès seulement.

De même à Glascow, où avant 1859 la Clyde, rivière polluée par les localités situées au-dessus de la ville, fournissait d'eau les divers quartiers. En 1832, la mortalité cholérique s'y éleva à 2,842 décès ; en 1849, à 3,772, et en 1854 à 3,886. Pendant l'épidémie de 1866, la ville qui avait été alimentée en eaux pures depuis 1859, ne compta que 68 victimes.

La contamination par les eaux d'égouts n'est pas moins à craindre ; j'en trouve la preuve dans le fait suivant qui, loin d'être inédit, mérite cependant d'être rappelé ailleurs qu'à Londres.

Après une épidémie de choléra qui s'était traduite en août par 26 cas, on signale le 1er septembre la brusque invasion de la maladie dans le sous-district de Berwick, au voisinage d'un puits de Broad-Street, puits situé au centre du quartier infecté. En vingt-quatre heures, la mortalité atteignit son chiffre le plus élevé pour ne s'étendre que le 20 septembre après avoir fait dans ce seul quartier 609 victimes en vingt jours.

L'enquête fit reconnaître que, soixante-dix-huit heures avant l'agression cholérique, un enfant avait succombé au choléra asiatique au numéro 40 de Broad-Street. Ses déjections furent projetées dans le ruisseau qui coule à quelques pieds du puits. Or, ce puits était d'usage populaire ; on recherchait la qualité de ses eaux. Celles-ci furent examinées : elles contenaient 7,72 p. 1000 de matières organiques et 1,37 p. 1000 de sels minéraux. Toutes les victimes consommaient de cette eau.

En outre, fait vulgairement raconté depuis, une vieille femme et sa nièce, habitant dans un quartier éloigné n'employaient pas d'autre eau que celle de ce puits. Toutes deux succombèrent, tandis qu'aucun cas de choléra ne fut observé dans leur voisinage.

C. L. D.

COURRIER

Assistance publique. — En exécution de l'arrêté préfectoral en date du 15 février 1879, le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique a l'honneur d'informer MM. les médecins du 7e arrondissement que, le jeudi 30 octobre 1884, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs

N° 153 L'UNION MÉDICALE Mardi 28 Octobre 1884.

Sommaire

Sur la faradisation utérine double ou bipolaire.

Par le docteur G. APOSTOLI.

Messieurs (1),

L'application du courant induit à la thérapeutique de l'utérus malade commence à entrer dans la pratique médicale ; les résistances, les partis pris commencent à s'effacer, et l'on peut déjà prévoir le moment où la méthode sera tout à fait classique ; il ne lui manque qu'une sorte de consécration officielle, et j'espère qu'elle ne tardera pas à lui venir, car en France, il est malheureux de le constater, nous sommes et nous restons administratifs. Il faut à une découverte, pour sa diffusion scientifique, solide et durable, une sanction d'en haut. Telle est en effet l'histoire de la plupart des innovations venues de ceux, que j'appellerai les grands irréguliers de la médecine, et, pour ne vous en citer qu'un exemple, n'avez-vous pas tous vu, car il faisait partie de votre Société, ce grand ignoré, qui a dû attendre presque la dernière heure pour entendre son nom et ses œuvres s'affirmer scientifiquement, et qui n'a pu assister à l'apothéose que des mains autrefois rebelles viennent maintenant lui dresser?

J'ai nommé Duchenne (de Boulogne).

Eh bien ! Messieurs, à côté de ce nom je veux placer celui d'un autre médecin, dont je suis mieux que personne autorisé à parler, étant son élève et son ami ; c'est le docteur A. Tripier. Je n'entreprendrai pas aujourd'hui de vous décrire sa pratique tout entière (2). Je viens seulement signaler à votre attention une modification instrumentale de son procédé opératoire, en tâchant de vous faire saisir toute l'importance clinique qu'elle comporte à mes yeux.

La méthode de Tripier, en effet, si elle est inattaquable dans son interprétation théorique et ses résultats cliniques, a fait naître dans mon esprit plusieurs recherches qui ont abouti à un changement complet de sa technique opératoire (3).

Voici leur point de départ et leur justification.

Pour quiconque a fait beaucoup de faradisations utérines, et je crois être, après Tripier, celui qui en a fait le plus, car le nombre s'élève à plusieurs mille, on ne peut s'empêcher d'être frappé des résistances quelquefois très grandes que présentent certaines malades et des difficultés opératoires que l'on rencontre.

Le procédé, en effet, est douloureux, et je n'envisage ici surtout que les

(1) Première communication faite à la Société de médecine de Paris dans la séance du 28 avril 1883.

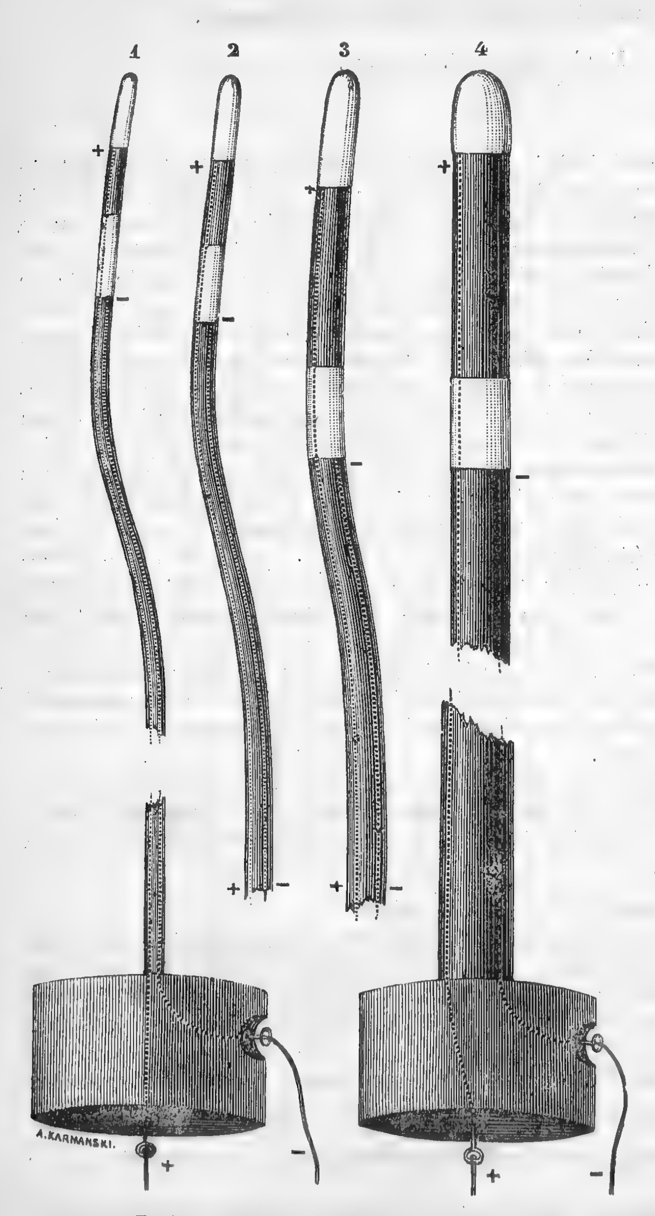
(2) Consulter mon livre, sous presse, sur la *Technique gynécologique* (A. Delahaye et Lecrosnier, éditeurs, Paris), dans lequel l'électrisation de l'utérus sera décrite, avec de nombreuses figures dans le texte, et dans tous ses détails.

(3) Le 20 février dernier (1883) j'ai présenté à l'*Académie de médecine* l'instrument qui sert de base à cette communication (*Excitateur utérin double*), avec une note ainsi conçue :

« Cet instrument a pour but de remplacer la faradisation *unipolaire* exclusivement em-

procédés *utéro-sus-pubien* ou *abdomino-utérin* et *sacro-utérin* (1), appliqués plus spécialement au traitement de l'engorgement simple ou de la métrite. C'est au prix de la souffrance que la malade obtient son amélioration et sa guérison ; mais est-ce toujours dans des limites possibles ? Voilà la grande question.

Tripier répond *oui*, et la paternité de sa méthode le rend peut-être



Excitateurs utérins doubles ou bipolaires du docteur Apostoli.

1. Petit modèle.
2. Moyen modèle.
3. Grand modèle.
4. Excitateur utérin après l'accouchement et excitateur vaginal double.

« ployée jusqu'à ce jour, « un pôle étant placé dans « l'utérus et l'autre sur le « ventre, par une faradisation double ou bipolaire, les deux pôles « étant concentrés dans « l'utérus.

« Ce nouveau procédé, « d'une pratique aussi « simple que l'ancienne, « est destiné à rendre « l'opération :

« 1° *Plus facile*, en sup- « primant le concours « souvent obligatoire d'un « aide ;

« 2° *Moins douloureuse*, « en évitant toute action « sur la peau et par « suite la douleur consé- « cutive à l'application « des tampons au-dessus « du pubis ;

« 3° *Plus active*, en lo- « calisant l'action du cou- « rant dans l'utérus, et « en permettant ainsi d'é- « lever facilement l'inten- « sité électrique au maxi- « mum des appareils mé- « dicaux, ce qui n'était « que très rarement pos- « sible auparavant ;

« 4° *Plus efficace*, en « augmentant la contrac- « tilité utérine et par « suite les effets théra- « peutiques, qui en sont « la conséquence directe. » (*Gazette des hôpitaux*, n° 26, page 206, 3 mars 1883.)

(1) C'est-à-dire, celui des procédés de Tripier qui, du reste, est le plus actif, où un pôle est placé toujours dans l'utérus, et l'autre soit au-dessus du pubis, soit au sacrum.

sourd à quelques-uns des cris de ses patientes. Or, dussé-je m'insurger un peu contre mon maître, l'indépendance m'oblige à confesser que quelquefois le procédé est *douloureux, très douloureux même*, et que je l'ai vu *intolérable* chez quelques malades.

La douleur en effet est double, car chaque pôle a la sienne, celui qui est dans l'utérus et celui qui est appliqué sur la peau ; nous devons les envisager l'un après l'autre.

Considérons d'abord le pôle utérin.

A une même dose de faradisation utérine, à une même intensité électrique, les utérus répondent très diversement (1). Telle femme supporte son mal sans se plaindre et sans difficulté ; telle autre pousse des cris aigus, s'agite et rend quelquefois toute faradisation impossible ; entre ces deux extrêmes s'échelonne toute la variété des différentes nuances, et cela n'a nullement lieu de vous surprendre, puisque vous savez par expérience comment les femmes accouchent différemment quant à la douleur, combien ce facteur est variable chez toutes, et peut présenter chez la même femme des différences si marquées à des âges différents.

Mais la douleur *utérine* n'est pas la seule qui soit provoquée par le courant électrique ; à côté d'elle se place, à un niveau plus élevé encore, la douleur *cutanée* qui résulte de l'application d'un pôle sous la forme de larges tampons le plus souvent au-dessus du pubis, quelquefois au sacrum. Cette douleur est la plus poignante et la plus aiguë, et c'est à la faire disparaître que je me suis surtout attaché, car autour d'elle gravitent presque tous les inconvénients attachés à la méthode et que votre esprit va saisir immédiatement.

En effet, si le procédé est pénible en lui-même, c'est une gêne de plus que d'imposer à la malade de tenir elle-même avec les mains l'instrument de son supplice, comme dans le procédé *sus-pubien* (2). A l'hôpital ou dans une clinique, les aides ne manquent pas ; mais dans le cabinet, la malade, se trouvant souvent seule, doit d'obligation tenir les tampons, ce qui présente plusieurs inconvénients douloureux. Le minimum de sensibilité du côté de la peau est obtenu par une application énergique des tampons avec une pression suffisamment forte, égale et identique pendant toute la séance ; toute variation de ce côté, tout tampon légèrement soulevé ou inégalement appliqué détermine immédiatement un accroissement de douleur considérable dû à ce que la résistance de la peau devient plus forte, car ces deux termes, résistance de la peau et douleur, sont ici proportionnels.

Les obligations imposées à la malade que l'opérateur ne peut seconder, occupé qu'il est lui-même à tenir la sonde utérine et à faire marcher la bobine, sont donc quelquefois au-dessus de ses forces et rendent difficile l'exécution parfaite du procédé opératoire habituel de Tripier, sans rien diminuer de la douleur du procédé.

Est-ce tout? Non, certes, et voici la conséquence clinique la plus ennuyeuse qui en découle :

Si la malade souffre, et quelquefois d'une manière intolérable, force est à l'opérateur de ne rien brusquer, d'agir avec lenteur, avec *parcimonie*, et de s'arrêter aux doses électriques très petites ; or, comme la contractilité utérine est, d'une façon générale, en raison directe de l'intensité électrique

(1) Un chapitre spécial de ma *Technique gynécologique* sera consacré à cette question majeure et qui a une si grande importance clinique et thérapeutique. J'y envisagerai les influences respectives de la *tension* et de *la quantité électriques* sur l'utérus, les différences de réceptivité individuelle à l'état de santé et de maladie, l'utérus dit *irritable* des anciens.

(2) Mon argumentation s'adresse surtout à ce procédé *utéro-sus-pubien*, parce qu'il est celui qu'emploie le plus habituellement Tripier, ce qui est légitimé par son activité plus grande que les autres.

dépensée, nous pouvons poser presque la règle, qu'à une petite dose correspondra une petite contraction et que cette dernière grandira avec l'intensité.

Ainsi donc le dilemme suivant s'impose quelquefois :

Ou faire mal quand même pour obtenir le but cherché, c'est-à-dire la contraction de l'utérus; ou faire le moins de mal possible et alors rendre l'opération presque illusoire dans ses conséquences cliniques et thérapeutiques. Voilà, dans toute sa vérité, exposée la méthode de Tripier, parfaite dans son but, mais quelquefois boiteuse dans ses moyens d'action.

En résumé, la méthode de faradisation utérine, appliquée au traitement de l'engorgement simple ou métrite, a été presque exclusivement jusqu'à ce jour le procédé *utéro-sus-pubien* ou *abdomino-utérin* et quelquefois le procédé *sacro-sus-pubien.* Eh bien ! j'affirme que ces procédés sont parfois *trop douloureux,* et par suite, d'une *exécution difficile* entraînant souvent à leur suite *une efficacité incomplète.*

Peut-on faire mieux ? Je le crois, et voici la modification que je viens vous proposer.

Remplacer la faradisation unipolaire uniquement employée jusqu'à ce jour, un seul pôle étant le plus souvent dans l'utérus, par la faradisation double, les deux pôles concentrés dans la matrice.

Voici la sonde (1) que j'ai fait construire à cet effet; elle est identique comme forme et dimension à la sonde de Tripier, dont l'extrémité seule est dénudée ; mais elle en diffère en ce que cette extrémité renferme les deux pôles séparés par une matière isolante. La prise du courant se fait comme d'habitude par la tête de la sonde, et la tige se compose de deux cylindres métalliques séparés l'un de l'autre par un tissu non conducteur et aboutissant chacun isolément à une des extrémités métalliques de la sonde.

Le maniement sera donc *identique* à celui préconisé par Tripier; la sonde sera portée dans l'utérus et tenue, autant que possible, en contact avec la paroi *antérieure* de l'organe.

Vous saisissez immédiatement tous les avantages dus à cette modification opératoire :

1° *Suppression du pôle cutané ;*

2° *Concentration dans l'utérus de toute l'action électrique;*

3° *Opération plus facile, qui n'exige plus ni le concours d'un aide, ni celui de la malade pour tenir les tampons ;*

4° *Diminution de la douleur par suite de la soustraction de toute application du courant à la peau ;*

---

(1) Dans la figure, j'en donne quatre modèles différents qui ont chacun leur utilité particulière.

Les modèles 1 et 2 sont les plus usités et sont employés par moi couramment dans la thérapeutique de la métrite. — La différence de grosseur tient au calibre variable de l'orifice interne et du canal cervico-utérin. Comme il faut que l'introduction se fasse sans aucune violence, il faut adapter à l'utérus celui des deux calibres qui lui convient le mieux.

Le modèle 3, plus gros encore et d'un écartement beaucoup plus considérable entre les pôles, est destiné soit aux utérus volumineux qui ont leur canal très dilaté, soit dans les suites de couches pour hâter l'involution utérine.

S'il y a intérêt majeur à ce que la sonde ne soit pas trop grosse pour rendre l'introduction facile et inoffensive, il y en a un aussi à ce qu'elle ne soit pas trop petite pour mieux assurer le contact des deux pôles sur la paroi utérine, c'est ce qui justifie l'indication de cette grosse sonde.

Le modèle 4 doit être pour le même motif employé soit au moment de la délivrance, soit dès les premiers jours qui suivent.

On remarquera aussi que j'ai fait adapter à tous mes excitateurs une tête qui manque à celui de Tripier, pour rendre leur contention plus facile et empêcher la sonde de rouler dans la main.

5° *Généralisation plus facile de la méthode, en raison de sa facilité et de son exécution plus complète;*

6° *Efficacité plus grande, par suite de l'accroissement possible de la contractilité utérine, étant donné la facilité, tout en faisant moins mal, d'employer un courant plus fort, plus intense et plus actif, par conséquent.*

(*A suivre.*)

BIBLIOTHÈQUE

Atlas universel de géographie moderne, ancienne et du moyen age, avec un texte analytique, par M. Vivien de Saint-Martin, président honoraire de la Société de géographie de Paris, etc. — Librairie Hachette. 3e livraison.

Cette troisième livraison nous donne, dans sa première carte, l'Angleterre; dans sa seconde, l'Ecosse et l'Irlande, et dans sa troisième, le Monde connu des Grecs avant Alexandre.

La carte des *Iles Britanniques* a été dressée d'après les relèvements les plus récents et les plus détaillés de l'Amirauté anglaise et d'après divers autres documents émanant de l'Angleterre elle-même. Venant d'un pays aussi éclairé, les renseignements, qui, d'ailleurs, sont de notre époque, ne laissent aucun doute sur l'exactitude de tous les tracés, et doivent inspirer une confiance entière.

Ce qui est particulièrement intéressant dans cette troisième livraison, c'est la carte du *monde connu des Grecs avant Alexandre.* L'auteur a dû se livrer à d'importantes études pour rectifier certaines erreurs considérables, comme celles, par exemple, qui consistaient à considérer le golfe Persique et la mer Rouge comme deux enfoncements peu profonds et peu distants de la même mer, la mer Erythrée; et la mer Caspienne comme un golfe de l'Océan septentrional! Pour jeter plus de lumière sur ces notions géographiques primitives, il a placé à côté du dessin principal deux petites mappemondes, l'une — vers 450 avant J.-C. — qui est une reconstruction approximative de celles qu'Hérodote pouvait avoir entre les mains; l'autre — vers 220 avant J.-C. — un essai de reconstitution de la mappemonde établie par l'astronome et géographe Eratosthènes.

Ces cartes sont, comme les précédentes, admirablement soignées. L'exposition, dans un format très pratique, quoique complète, notamment pour les Iles Britanniques, en est claire et favorable pour les recherches et pour les études. On aime surtout à parcourir le monde anciennement connu et à rafraîchir des souvenirs que les gens instruits n'ont pas laissés s'effacer entièrement. Dr G. Richelot, père.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 octobre 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

Sommaire : Présentations. — Suite de la discussion sur l'opération d'Estlander. — Communication : Application de la colotomie lombaire au traitement des fistules vésico-intestinales. — Lecture : De l'hydarthrose tuberculeuse. — Présentation d'instrument : Pince pour l'arrachement des pédicules dans l'opération de l'ovariotomie.

M. Pozzi présente, au nom de M. le docteur Gallard, une brochure sur le *Traitement du cancer du col de l'utérus.*

M. Lucas-Championnière met sous les yeux de la Société les pièces relatives à une opération d'Estlander dont il a déjà fait part à la Societé il y a quinze jours.

Il s'agit d'un malade qui a subi trois fois cette opération, qui a éprouvé chaque fois une amélioration notable, mais dont la guérison complète est plus que problématique. En décembre 1883, M. Lucas-Championnière, aidé par M. Bouilly, enleva cinq côtes à partir de la troisième; les fragments réséqués mesuraient de 11 à 6 centimètres. L'état général s'améliora quelques jours après, d'une manière sensible; la suppuration avait diminué, et le malade, un dessinateur, pouvait reprendre son travail. Au mois de juin 1884, la fistule avait persisté donnant encore issue à une quantité considérable de

pus; une deuxième résection devenait nécessaire ; sur les instances du malade, elle fut pratiquée. Cettefois, quatre fragments furent enlevés à partir de la quatrième côte dans une longueur variant de 6 à 7 centimètres. L'opération fut plus pénible que la première fois, car des côtes nouvelles s'étaient formées et elles chevauchaient les unes sur les autres. De nouveau l'amélioration fut considérable; mais, au bout de peu de temps, la suppuration étant toujours très abondante, une troisième intervention dut avoir lieu. La deuxième côte fut réséquée sur une longueur de 2 centimètres 1/2 et ne put être retirée que par fragments, tant les difficultés de l'opération étaient grandes. Le résultat fut le même que dans les cas précédents, et, au bout de peu de jours, le malade put retourner à son travail.

Les deux dernières opérations avaient demandé beaucoup plus de travail et d'efforts que la première, et cependant la première fut suivie de fièvre, tandis que les deux autres ne furent accompagnées d'aucune réaction fébrile.

M. Lucas-Championnière tire de ces faits la conclusion que, malgré les améliorations successives obtenues après chaque opération, son malade ne guérira cependant pas : ses antécédents personnels et surtout héréditaires sont déplorables. Néanmoins il ne se repent pas d'être intervenu deux et trois fois; car les souffrances ont été de moins en moins grandes, et cet homme a pu chaque fois reprendre son travail. Tous les trois ou quatre jours, il vient se faire panser à l'hôpital où l'on nettoie, par des lavages, la cavité suppurante.

Un fait digne de remarque dans ces opérations, c'est la facilité avec laquelle des individus d'une constitution délicate peuvent supporter des ablations si considérables de côtes et des pertes de substance si étendues; on est surpris de la rapidité avec laquelle se produisent les nouvelles poussées osseuses.

M. Berger rappelle que dans son rapport, auquel il a été plusieurs fois fait allusion dans la discussion, il était arrivé à cette conclusion que l'opération d'Estlander ne comptait pas un seul cas de mort, et n'avait donné jusqu'à ce jour que des résultats heureux. Il a fallu malheureusement en rabattre depuis cette époque. En effet, peu de temps après, il avait à signaler un premier cas de mort ; M. Bouilly en relatait un second, d'autres sont venus à la suite; d'autre part, les insuccès partiels se sont multipliés dans ces derniers temps. Il est arrivé, dans un cas, que le malade, considéré comme entièrement guéri, a vu sa fistule se rouvrir et a dû subir une nouvelle opération. Il y a donc lieu de revenir sur la conclusion du rapport et de la modifier, en déclarant que l'opération d'Estlander n'est pas applicable à tous les cas de fistule pleurale et que, dans certains cas, elle peut avoir les conséquences les plus graves, être suivie de mort.

On a indiqué, avec juste raison, parmi les causes d'insuccès, les grandes dimensions de la cavité suppurante et l'épaississement des parois. En effet, les grandes cavités nécessitent des résections très étendues et de vastes délabrements qui augmentent les chances de mort. On comprend que le jeu des organes respiratoires entravé par la suppression d'une grande partie de la cage thoracique, entraîne la gêne de la fonction, une dyspnée parfois excessive, la mort par collapsus et asphyxie. En particulier, la résection de la première et de la deuxième côte, celle de la neuvième et de la dixième, aggravent considérablement les résultats opératoires, soit par suite de la difficulté d'obtenir l'affaissement de la paroi, soit dans le cas de résection de la première côte, par le danger d'atteindre les gros vaisseaux voisins, qui doit faire renoncer le chirurgien à cette résection. Dans les cas où existe un grand épaississement de la plèvre pariétale par des fausses membranes, M. Berger est d'avis qu'il faut renoncer à pratiquer l'opération d'Estlander à cause de l'énormité de la perte de substance que nécessiterait une pareille opération dans de telles conditions.

En somme, l'opération d'Estlander lui paraît indiquée seulement dans les cas de fistule pleurale avec cavité suppurante de moyennes dimensions; elle est contre-indiquée dans les cas de très petites ou de très grandes cavités. L'appréciation des dimensions de ces cavités n'est d'ailleurs pas toujours facile ; ni l'exploration avec les instruments rigides, ni les injections ne donnent à cet égard des renseignements d'une parfaite exactitude. Le diagnostic et le pronostic opératoires gardent, par suite de cette circonstance, un caractère de vague et d'incertitude.

En ce qui concerne la question de priorité, M. Berger pense, quoi qu'en ait dit M. Verneuil, qu'elle doit être jugée en faveur d'Estlander, M. Létiévant n'ayant indiqué ni les principes ni la méthode de cette opération. Le chirurgien de Lyon s'est borné, dans un cas de fistule pleurale, à faire le drainage de la plaie ; pour faciliter ce drainage, il a fait une résection costale ; après la guérison de son malade, il a pensé que cette résection costale avait été pour beaucoup dans le succès et il a ajouté que, dans

un cas semblable, il pratiquerait de nouveau cette résection. Mais de là à l'indication du principe et de la méthode de l'opération d'Estlander, il y a fort loin.

M. Gayet (de Lyon), membre correspondant, donne lecture d'un document duquel il résulte que, dès l'année 1874, il avait indiqué la résection costale comme le seul moyen de guérir les collections purulentes de la cavité pleurale, lorsque l'opération de l'empyème n'a pas réussi à provoquer l'oblitération de cette cavité, ce qu'il attribuait à la rigidité des côtes s'opposant à l'affaissement de la paroi thoracique et à sa mise en contact avec la surface du poumon retenu appliqué contre la colonne vertébrale par des adhérences plus ou moins épaisses.

M. Verneuil rappelle que, dans les questions de priorité, la règle est de s'en rapporter aux documents écrits; cette règle, que les étrangers savent fort bien invoquer au besoin contre nous, dépose ici en faveur de la chirurgie française représentée par deux chirurgiens lyonnais, MM. Létiévant et Gayet. Il n'est pas contestable que l'idée de l'opération dont il s'agit se trouve tout entière dans les documents écrits émanés soit de M. Létiévant, soit de M. Gayet. Il n'est donc pas juste que l'opération de la thoracoplastie continue à être désignée sous le nom d'opération d'Estlander ; de deux choses l'une : ou il faut supprimer tous les noms, ou faire la part qui leur revient aux chirurgiens français qui ont eu les premiers l'idée de cette opération.

M. Marc Sée donne des nouvelles du malade auquel il a pratiqué dernièrement la résection des côtes ; les résultats avaient paru excellents et tout semblait présager une guérison prochaine ; malheureusement la suppuration ne tarit pas et a résisté opiniâtrément aux injections avec la solution de chlorure de zinc. L'exploration avec la sonde montre que la cavité reste toujours considérable. Dans ces conditions, M. Marc Sée, désespérant de la guérison, a cru devoir abandonner le malade à son malheureux sort.

M. Duménil (de Rouen), membre correspondant, lit un travail intitulé : *Application de la colotomie* au traitement des *fistules vésico-intestinales*. Ce travail contient la relation d'une observation à l'aide de laquelle l'auteur cherche à établir quelle est la méthode opératoire à laquelle il convient de donner la préférence.

Il s'agit d'une femme de 30 ans, entrée dans le service de M. Duménil, le 24 décembre 1883, pour des accidents consécutifs à un accouchement remontant à deux ans.

Cet accouchement fut laborieux et, depuis, la malade a toujours souffert quoi qu'elle fût en état de continuer ses occupations jusqu'aux quatre derniers mois. Mais, à partir de cette époque, les douleurs du bas-ventre se sont accentuées avec irradiations dans les cuisses et les lombes ; elles ont persisté jusqu'à l'entrée de la malade à l'Hôtel-Dieu. La malade déclare en outre qu'elle rend des excréments par le vagin.

Pendant les deux premières semaines du séjour de la malade à l'hôpital, on n'a rien noté de particulier du côté des urines. Une injection colorée faite dans le rectum ne démontra pas l'existence d'un trajet fistuleux, mais, à partir de cette époque, la malade rendit des urines alternativement claires ou troublées par des matières fécales. Le cathétérisme confirma le diagnostic, en provoquant une émission abondante de gaz souvent accompagnée de bruits entendus à distance. Les douleurs existant dans la fosse iliaque gauche augmentèrent d'intensité ; la température se maintenait élevée et atteignit à plusieurs reprises 40°.

Le 16 février, M. Duménil établit un anus artificiel dans la région inguinale gauche, sur l'S iliaque, d'après la méthode de Littre. L'intestin fut fixé à la paroi par dix-huit points de suture. L'écoulement des matières s'établit facilement par la plaie, mais sans cesser de se faire en même temps par le bout inférieur.

Les sutures furent enlevées le 21. Il se fit consécutivement un peu de suppuration avec légère ulcération sur la partie externe ; mais la guérison n'en fut nullement entravée. A partir du jour de l'opération le passage des matières et des gaz dans la vessie cessa complètement ; la miction devint moins fréquente et non douloureuse, quoique l'urine continuât d'être un peu troublée par des globules de pus.

Il y eut cependant, à partir du 20, presque tous les jours, une selle régulière par les voies naturelles, en même temps qu'une partie des matières prenait cours par l'anus artificiel ; celles-ci étaient claires, tandis que celles qui s'engageaient dans le bout inférieur étaient fermes.

Il y eut dans l'état général une amélioration manifeste ; la température descendit à 37°, les douleurs de la fosse iliaque disparurent et la malade reprit manifestement des

forces. On l'alimentait surtout avec de la viande crue dont on facilitait la digestion par la pepsine.

Jusqu'au 8 mars, l'état général reste très satisfaisant; mais, ce jour-là, à la suite d'un écart de régime, la température remonte brusquement à 39°; puis, au commencement d'avril se manifesta une toux sèche avec perte d'appétit, sans que l'examen de la poitrine révélât une lésion quelconque. Mais, le 19 avril, la température monta à 40°2, des symptômes de pneumonie hypostatique se déclarèrent aux deux bases et la malade succomba le 29. Quelques jours avant la mort, les matières fécales avaient reparu dans les urines et des gaz s'échappaient de nouveau par l'urèthre.

L'autopsie montra que l'anus artificiel était bien établi sur l'S iliaque et que les adhérences à la paroi abdominale étaient complètes. Cette partie d'intestin suit absolument sa direction normale, elle décrit une grande courbe, sans déviation anguleuse, ce qui explique l'absence d'éperon, constatée à l'autopsie comme elle l'avait été pendant la vie. Deux anses d'intestin grêle plongeant dans l'excavation pelvienne ont contracté des adhérences intimes avec le sommet de la vessie en passant au-dessus de l'utérus auquel elles sont également adhérentes ; au-dessous de ces adhérences, l'intestin grêle reprend son trajet normal.

Un foyer de pus caséeux existe dans la trompe droite. A cinq centimètres au-dessus de l'anus artificiel, l'intestin présente une large ulcération représentant une sorte de cloaque rempli de matières fécales ; il est continué par un trajet qui se prolonge entre l'utérus et le rectum et aboutit dans la partie supérieure de celui-ci, de telle sorte qu'une partie de l'intestin, longue de 6 centimètres environ, contournée en arrière, se trouve entre les deux ouvertures du cloaque ; on n'y trouve pas traces de matières fécales et la muqueuse y présente l'aspect normal.

Au sommet de la vessie on trouve un petit pertuis conduisant, par un trajet très étroit, dans le cloaque et, en même temps, dans une des anses de l'intestin grêle adhérentes à la vessie.

Les deux poumons sont fixés aux parois thoraciques par des adhérences fortes et étendues. Les lobes inférieurs sont hépatisés, denses, non aérés, friables, infiltrés de pus, entourés d'une couche d'exsudat purulent.

Les sommets présentent une infiltration tuberculeuse et de petites cavernes. Le foie est graisseux, adhérent à la face inférieure du diaphragme et à la partie latérale de la paroi abdominale. Les reins sont décolorés par places.

Le point de départ des accidents, chez cette malade, a été évidemment une inflammation péri-utérine consécutive à l'accouchement, inflammation qui a provoqué des adhérences de l'intestin avec le sommet de la vessie et un travail ulcératif au niveau de ces adhérences.

La particularité la plus remarquable de cette nécropsie est le long cloaque qui avait remplacé 6 centimètres de rectum et fournissait un canal de dérivation complet à la circulation des matières fécales.

Il faut noter aussi la double communication avec l'intestin, l'un des trajets conduisant à l'intestin grêle, tandis que l'autre aboutissait au rectum. Cette circonstance, signalée dans plusieurs observations de fistules vésico-intestinales, fera toujours échouer la colotomie, quand elle se présentera.

M. Duménil a été conduit à faire ici l'opération de Littre par les difficultés souvent très grandes qu'on éprouve à pratiquer la colotomie lombaire, par les erreurs qui ont été commises dans la recherche de l'intestin, erreurs quelquefois très difficiles à éviter quand il s'agit de trouver à une grande profondeur le côlon vide souvent revenu complètement sur lui-même. Mais il est convaincu, après cette seconde expérience, que c'est la colotomie lombaire qu'il faut pratiquer à tout prix dans les cas de fistules vésico-intestinales, si l'on veut tirer de l'anus artificiel un bénéfice assuré.

En effet, l'S iliaque, très rapproché de la paroi abdominale et très mobile, ne subit que très peu de déviation, quand on l'y fixe, et il en résulte que l'anus artificiel manque d'éperon; or, l'éperon est indispensable à la réussite de l'opération, puisqu'il est le seul obstacle au passage des matières dans le bout inférieur. Le déplacement assez étendu qu'on fait subir au côlon descendant, quand on l'attire au dehors à travers une plaie profonde, doit amener forcément la formation d'un éperon et réaliser la condition indispensable à la création d'un anus artificiel pour le but à remplir quand on détourne le cours des matières à l'effet d'obtenir la cicatrisation d'un trajet fistuleux.

M. Verneuil partage entièrement la manière de voir de M. Duménil, lorsqu'il dit que le seul moyen de guérir les fistules vésico-intestinales est d'empêcher le passage des matières fécales du bout supérieur dans le bout inférieur; mais il diffère de l'opinion exprimée par son collègue relativement à l'opération destinée à atteindre ce but. L'anus

artificiel de Callisen, pas plus que celui de Littre, ne lui semble avoir l'efficacité que M. Duménil lui suppose. Il faut se résoudre à établir une infirmité permanente et créer un anus total en suturant en entier le bout supérieur à la plaie extérieure, de manière à interrompre complètement toute communication avec le bout inférieur et faire déverser ainsi la totalité des matières au dehors par l'orifice du bout supérieur. On peut, dans ces conditions, conserver parfaitement l'S iliaque comme lieu d'élection de l'anus contre nature.

M. Trélat pense que l'anus lombaire assurerait encore mieux la condition indiquée par M. Verneuil que l'anus iliaque.

M. Guéniot a vu guérir spontanément une malade atteinte de fistule vésico-intestinale ; il a suffi, pour obtenir cette guérison, de faire garder à la malade le repos au lit dans la position reconnue la plus favorable au passage des matières par les voies naturelles.

M. Le Dentu demande si, au lieu de recourir à l'opération de Littre ou de Callisen, il ne serait pas plus simple de pratiquer la taille hypogastrique, d'aller ainsi directement à la recherche de la fistule vésicale et d'y appliquer le mode de traitement le plus convenable pour obtenir l'oblitération de l'orifice fistuleux. Ce mode opératoire, employé au début de la maladie, lui semble être de nature à donner de bons résultats; mais il avoue que c'est là une simple idée théorique.

— M. Poulet (du Val-de-Grâce) lit un travail sur *l'hydarthrose tuberculeuse.*

— M. Humbert, chirurgien des hôpitaux, présente un malade.

— M. Lucas-Championnière présente une pince fabriquée, sur ses indications, par M. Collin, et destinée à l'arrachement du pédicule dans l'opération de l'ovariotomie.

A. T.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 octobre 1884. — Présidence de M. Bucquoy

Sommaire : *Nouvelle observation de fièvre intermittente guérie par les injections sous-cutanées d'acide phénique. — Anévrysme de l'artère axillaire, consécutif à une oblitération par embolie ou thrombose de l'humérale, non suivie de gangrène.*

A l'occasion du procès-verbal, M. Dieulafoy annonce qu'il a eu depuis sa précédente communication deux nouveaux cas de fièvre intermittente à soigner et qu'il les a soumis à la médication par les injections hypodermiques d'acide phénique. Il ne parlera pas aujourd'hui du premier qui est une tierce très nette, car le malade est encore en observation.

Le second malade était atteint d'une fièvre quotidienne, palustre, et les accès étaient intenses, puisque la température montait chaque soir à 41°,1. Pendant les trois premiers accès, on injecta sous la peau une solution d'acide phénique à 1/100e, puis on se servit d'une autre à 1/50. Il faut noter d'abord que 47 injections ont pu être pratiquées, sans déterminer aucun accident local, ni érythème, ni induration persistante. Quant à l'efficacité thérapeutique, elle est manifeste : à partir du quatrième accès, la température a baissé, la durée a été moindre, et le malade est parfaitement guéri maintenant.

Lecture est donnée d'une lettre de MM. Brissaud, Merklen et Faisans, nommés au dernier concours du Bureau central, qui sollicitent l'honneur d'être admis dans la Société.

M. Gallard offre une brochure relative au *traitement du cancer utérin*, où se trouvent formulées notamment les *indications des amputations du col à l'aide de l'anse galvanique.* C'est une communication que M. Gallard a été amené à faire au cours d'une importante discussion sur ce sujet à la Société de chirurgie. — M. Gallard saisit cette occasion de témoigner sa gratitude à la Société de chirurgie, qui l'a traité en véritable collègue, en lui permettant de prendre part à la discussion ; déjà sans doute la Société médicale des hôpitaux avait donné l'exemple de cette réciprocité de bons procédés, en accordant la même faveur à M. Tarnier lors de la discussion sur les Maternités. Mais M. Gallard n'en devait pas moins exprimer publiquement dans cette enceinte des remerciements, dont il désire que l'écho parvienne aux membres de la Société de chirurgie.

L'ordre du jour portait : ouverture de la discussion sur le rapport de M. Vallin relatif

à la prophylaxie de la tuberculose ; mais elle est ajournée à quinzaine par égard pour certains membres absents qui ont manifesté l'intention d'y prendre part.

M. Vallin a la satisfaction d'annoncer que les conclusions de son rapport, communiquées en des termes très analogues au Congrès international d'hygiène de La Haye, ont été adoptées.

M. Legroux demande l'avis de ses collègues au sujet d'un cas singulier qu'il observe en ce moment.

Une jeune fille de 22 ans avait été prise au mois de juillet dernier d'un rhumatisme subaigu des pieds et des coudes, simultanément avec une poussée très intense d'érithème noueux sur la face interne des jambes. Le médecin traitant n'examina pas le cœur à cette époque, et la jeune fille fut envoyée aux bains de mer. Pendant son séjour au bord de la mer, elle ressentit de violentes douleurs dans le bras gauche, et on constata que le pouls avait cessé d'être perceptible à la radiale et à la cubitale. La gangrène ne se montra pourtant pas, mais la douleur persista. M. Potain diagnostiqua alors une embolie de l'artère humérale. M. Lecorché, consulté ultérieurement, s'arrêta au diagnostic d'artérite rhumatismale. On pouvait d'ailleurs constater l'existence des signes stéthoscopiques d'une insuffisance mitrale et d'un rétrécissement aortique. Un souffle intense, rugueux, se prolongeait le long de la colonne vertébrale dans toute la hauteur du dos.

M. Legroux, consulté à son tour, put, en se servant du stéthoscope de M. C. Paul qu'il porte toujours sur lui et qu'il considère comme un excellent instrument, ausculter le creux de l'aisselle, y constata un souffle très considérable en un point où la jeune malade accusait une douleur particulièrement vive et admit qu'il existait un anévrysme de l'artère axillaire.

La pathogénie de cet anévrysme lui paraît être la suivante.

L'humérale ayant été oblitérée par artérite rhumatismale, le choc sanguin rencontrant un obstacle a pu dilater en amont les tuniques artérielles déjà malades, et un anévrysme ampullaire vrai portant sur les trois tuniques s'est formé. — Les douleurs locales sont explicables par le voisinage du plexus brachial.

M. Legroux a fait d'infructueuses recherches pour trouver dans la science un cas semblable; ni dans les travaux de son père, ni en consultant M. Damaschino, qui a fait l'an dernier son cours sur les maladies du système vasculaire, il n'a rencontré de fait analogue.

En ce moment, la malade a encore de petites poussées articulaires de temps en temps, une petite fièvre continue. Les douleurs, momentanément supprimées par l'application d'un sachet de glace, ont recommencé.

M. Rendu ne croit pas la question convenablement posée. La logique n'oblige pas d'admettre que ce soit l'oblitération de l'humérale qui ait amené la production de l'anévrysme en amont. Voilà six mois que la malade a de l'artérite généralisée. Elle peut faire des anévrysmes disséminés en différents points du corps.

M. Legroux a été amené à émettre son hypothèse pathogénique par le souvenir d'un cas qu'il a publié en 1874 dans les *Archives de médecine*.

Un jeune détenu avait une insuffisance aortique et une hypertrophie cardiaque considérable. Il avait été poussé violemment contre l'angle d'un meuble, et dans la fesse, au point contusionné, s'était produit un anévrysme de l'artère fessière. Cet anévrysme avait été pris pour un abcès par le médecin de la prison, qui avait donné un coup de bistouri. Au lieu de pus, un jet de sang avait jailli, et on s'était hâté d'évacuer le malade sur l'infirmerie générale des prisons de la Seine, dont M. Legroux était alors médecin. Or, M. Legroux a pu constater que, chez ce jeune homme, de multiples anévrysmes vrais se développaient en différents points du corps, mais toujours aux endroits naturels de flexion des artères, où le choc sanguin rencontre des obstacles, creux axillaire, poplité, inguinal, etc.

M. Ball est fort surpris de l'absence de toute gangrène. Comment concilier avec ce fait l'hypothèse d'une embolie ou d'une thrombose oblitérante?

M. Legroux s'est bien posé aussi la question; mais il n'y a pas à douter de l'oblitération de l'humérale, qui forme un cordon aussi dur qu'un tendon; aucun battement n'est perceptible dans les artères cubitale et radiale, et cependant il n'y a pas de gangrène. Le membre est dans l'état qu'on appelle syncope circulatoire, blanc, un peu œdématié, dans l'impuissance motrice, avec anesthésie douloureuse et retard des sensations. L'absence de gangrène est peut-être explicable par une circulation supplémentaire établie au moyen des capillaires périarticulaires.

M. Ball pense que, s'il en était ainsi, les capillaires cutanés dilatés formeraient un réseau visible.

M. C. Paul rappelle la fréquence des anévrysmes vrais sur les artères athéromateuses à l'endroit des flexions. Il en a parlé dans son livre, mais pas assez explicitement. Les artères athéromateuses s'allongent, deviennent flexueuses et sont alors le siége de battements avec ondulation, phénomène que M. Paul a appelé *reptation des artères*. Corrigan avait appelé le pouls de l'insuffisance aortique un pouls visible; mais ce dont il a parlé est un phénomène d'ampliation, et c'est à tort qu'on prend pour le pouls de Corrigan la reptation artérielle de l'athérome. A ce propos, M. Paul répète qu'on ne doit appeler l'insuffisance aortique maladie de Corrigan que lorsqu'elle est primitive; lorsqu'elle est secondaire à la dilatation de l'aorte, c'est la maladie de Hodgson, dont les conséquences et la marche sont différentes.

M. C. Paul ajoute, à propos de l'absence de gangrène, que le nombre est assez grand des amputations du bras qui ont été faites sur certains sujets pour des oblitérations artérielles, sans qu'on ait eu besoin de lier aucune artère. Le rétablissement de la circulation s'était fait par voie collatérale. Le temps, il est vrai, avait été sans doute, dans ces cas, un élément important de l'établissement de cette circulation.

M. Legroux rappelle le cas d'un ancien interne des hôpitaux, M. L..., qui a succombé, il y a peu de temps, à un anévrysme de l'aorte. Quelque temps avant sa mort, il avait ressenti une brusque douleur, et la circulation avait été subitement supprimée dans un membre, sans que la gangrène ait suivi.

M. C. Paul, revenant sur la question du traitement, parle d'un malade qu'il soigne depuis dix-huit mois pour un anévrysme de la carotide primitive, avec hypertrophie cardiaque consécutive. Il a administré l'iodure de potassium à petites doses (de 0,40 à 0,50 centigr.) d'après une méthode très vantée par les médecins anglais, et dont M. Paul a eu maintes fois à se louer dans le traitement de la maladie de Hodgson; sous l'influence de cette médication, on voit souvent se produire une réduction rapide dans le volume et la dureté des artères.

Pour le malade atteint d'anévrysme, M. Paul institua en outre la diète sèche de Valsalva, recommandée par Stokes dans ces cas, afin de ne pas surcharger de liquide le système circulatoire. Une amélioration rapide et considérable s'est produite, à tel point que ce malade, qui ne pouvait quitter la chambre, a repris une vie active, monte sans peine des escaliers et voyage.

M. R. Moutard-Martin accepte volontiers l'explication proposée par M. Legroux pour l'absence de gangrène, c'est-à-dire la dilatation du système circulatoire périarticulaire. Il a vu des cas de rétrécissement aortique préartériel si étroit que l'orifice admettait à peine une plume à écrire, de telle sorte que l'irrigation sanguine de toute l'économie se trouvait indubitablement très insuffisante, et cependant aucune gangrène ne se produisait. Mais alors on constatait une dilatation générale des capillaires, visible sur la poitrine et dans le dos, et l'on a pu admettre que la circulation supplémentaire s'établissait par la voie des vaisseaux rachidiens.

— La séance est levée à quatre heures quarante-cinq minutes. — P. L. G.

Bulletin des décès de la ville de Paris.— Semaine du 17 au 23 octobre 1884.— Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 979. — Fièvre typhoïde, 22. — Variole, 0. — Rougeole, 18. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 2. — Diphthérie, croup, 24. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 2. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. aiguë, 40. — Phthisie pulmonaire, 229. — Autres tuberculoses, 12. — Autres affections générales, 59. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 49. — Bronchite aiguë, 12. — Pneumonie, 44. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 42; au sein et mixte, 40 inconnues, 10. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 97 ; circulatoire, 59 ; respiratoire, 82 ; digestif, 56 ; génito-urinaire, 24; de la peau et du tissu lamineux, 3 ; des os, articulat. et muscles, 6. — Morts violentes, 28. — Causes non classées, 11.

Le service de Statistique municipale a compté, pendant la semaine actuelle, 979 décès au lieu de 969 qui avaient été enregistrés pendant la semaine pécédente. La mortalité parisienne est donc restée à peu près stationnaire.

La Fièvre typhoïde (22 décès au lieu de 15), présente une légère recrudescence; cepen

dant elle continue à rester relativement rare. Nous avons déjà remarqué dans nos derniers Bulletins cette surprenante rareté de la Fièvre typhoïde pendant le mois d'octobre actuel. Tous les ans depuis 1865, on a vu les mois d'automne présenter un nombre de décès par Fièvre typhoïde plus élevé que les autres mois. La seule exception à cette règle concerne l'année 1866 dont l'automne, la coïncidence doit être remarquée, avait présenté une température très douce. En 1884, octobre, loin de présenter le maximum, aura compté, moitié moins de décès par Fièvre typhoïde que la moyenne des dix premiers mois de l'année.

La Rougeole (18 décès au lieu de 19), est également répandue, mais le fait ne saurait surprendre à cette époque de l'année, car c'est toujours en octobre qu'elle présente le minimum. On remarquera que l'arrondissement des Buttes Montmartre présente à lui seul 4 décès cette semaine.

La Diphthérie (24 décès au lieu de 31), est en légère décroissance. La Variole (0 décès au lieu de 1) et la Scarlatine (3 décès au lieu de 0), continuent à être rares. La Coqueluche (2 décès dans chacune des deux dernières semaines), présente depuis quelque temps déjà, une mortalité exceptionnellement faible.

L'Athrepsie (gastro-entérite des jeunes enfants), qui avait diminué progressivement depuis le milieu d'août, reste, depuis quatre semaines déjà, stationnaire.

Le service de Statistique municipale a reçu notification de 434 mariages et de 1180 naissances d'enfants vivants (637 garçons et 543 filles) dont 862 légitimes et 318 illégitimes ; parmi ces derniers, 62 ont été reconnus immédiatement par l'un des parents ou par les deux.

Ajoutons enfin 91 mort-nés, dont 61 légitimes et 30 illégitimes, ces deux derniers chiffres montrent combien la mortalité des légitimes est inférieure à celle des illégitimes : sur 100 naissances légitimes, on a compté cette semaine 7 mort-nés et sur 100 naissances illégitimes, on en a compté presque 10. Ces chiffres sont conformes aux règles qu'on observe ordinairement à Paris.

Dr JACQUES BERTILLON

Chef des Travaux de la Statistique municipale de la Ville de Paris.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE L'OTITE CATARRHALE. — Ladreit de Lacharrière

Au début de l'otite catarrhale, purgatifs salins répétés, révulsion sur l'apophyse mastoïde à l'aide d'une mouche de Milan, qu'on laissera couler pendant trois jours. Si le tympan est perforé, injections chaudes avec de la décoction de pavot, rendue légèrement astringente par l'addition d'une petite quantité de borax. Plus tard, remplacer la décoction de pavots par une décoction plus astringente, telle que celle de feuilles de ronces ou de noyer. Enfin, si la guérison n'est pas obtenue, recourir aux injections chloralées au dixième. — Dans le cas où, après guérison, on constaterait une certaine surdité, occasionnée par la raideur des organes de transmission, on pratiquerait pendant quelque temps, pour la faire cesser, des insufflations dans la caisse du tympan. — N. G.

COURRIER

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du docteur Charles-Claude Bernard, médecin de colonisation à Bordj-bou-Arreridj, département de Constantine.

CONFÉRENCE. — Nous avons reçu trop tard malheureusement pour la publier en temps utile l'annonce d'une conférence faite à l'Institut populaire du Progrès (mairie de Passy), le dimanche 26 octobre, à deux heures un quart, par le docteur Philippe Pinel, sur la doctrine microbienne, les épidémies et la pathologie générale.

Projections nombreuses.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs

Sommaire

BULLETIN

Académie de médecine, 28 octobre. — L'Académie a voté : 1° que les eaux alimentaires doivent être pures de toutes souillures ; 2° qu'il faut cesser « absolument et immédiatement » d'y verser des matières fécales. Tels sont, ou peut s'en faut, les termes de la proposition défendue par M. Brouardel.

Excellent principe ! Quant à son application, étant donné que c'est à l'administration française d'y pourvoir, nous pouvons attendre.

— Les réflexions qui suivent sont les dernières auxquelles nous oblige l'*internat des femmes;* car la question finirait par occuper plus d'espace qu'elle n'en mérite. Un de nos amis nous écrit :

Après les voix si autorisées qui se sont fait entendre sur la question de l'internat des femmes, je ferais peut-être beaucoup mieux d'imiter Conrard et de m'abstenir de prendre part au débat. Je demande cependant à revenir en quelques mots sur le fameux « argument sexuel », mais non plus pour défendre la morale de nos salles de garde menacée dans ses plus austères principes; il s'agit de l'intérêt et de la vie des malades.

L'Assistance publique a pour premier devoir de garantir à ses malades les meilleurs soins possibles, et n'a pas le droit de leur imposer un interne de garde qui peut, à un moment donné, se trouver insuffisant. Or, comment admettre qu'une femme soit toujours apte à remplir les fonctions d'interne de garde ? Qu'elle soit à l'époque menstruelle ou au début d'une grossesse, peut-on lui demander d'aller l'hiver, par la neige, au milieu de la nuit, traverser des cours et porter ses soins dans un pavillon éloigné ? Et si elle le fait, si elle risque sa vie par de telles imprudences, peut-on affirmer que dans ces conditions, sous l'influence d'une de ces émotions que nous connaissons tous, en présence d'une hémorrhagie, d'un accouchement difficile, elle ne sera pas elle-même victime d'un accident grave, d'une syncope et incapable de toute résolution ? Il n'y a pas longtemps, un de nos collègues recevait pendant sa garde un total de seize blessés Beaucoup de femmes seraient-elles en état de résister à une telle fatigue ? Non, certainement, les fonctions d'interne de garde, matériellement et physiologiquement, ne sauraient leur convenir; et nous le répétons, l'Assistance publique n'a pas le droit de confier ses malades à des « fonctionnaires » qui peuvent, pour des raisons absolument indépendantes de leur volonté, malgré leur savoir et leur intelligence, se trouver dans une situation d'infériorité absolue.

A ceux qui nous accusent de mettre obstacle à l'instruction médicale des femmes, il faut répondre que l'Assistance publique n'a pas le devoir d'instruire les élèves ; elle s'y prête seulement, mais elle doit avant tout protéger les malades qui lui sont confiés. Un externe n'a ni responsabilité, ni décisions à prendre, ni fatigues à subir, ni gardes à faire ; voilà pourquoi on pouvait sans inconvénients ouvrir l'externat aux femmes, tandis que l'internat doit leur être interdit.

Les femmes devraient se rappeler que ce qui fait leur force est aussi l'origine de leur faiblesse : « Propter solum uterum mulier est id quod est », disait Van Helmont. Supprimez-le, l'uterum, et nous demanderons tous, mesdames, votre admission au concours de l'internat.

Ces quelques phrases font bonne justice de la « logique » de nos contradicteurs, quand ils réclament l'internat des femmes pour le seul motif qu'on leur a donné l'externat. Elles montrent bien aussi la distinction qu'il faut établir entre la *profession* médicale et la *fonction* d'interne. Les femmes peuvent être bons médecins, et cependant inaptes à remplir tous les emplois qui se rattachent à la médecine. Elles sont peut-être nos égales,

mais elles ne sont pas faites comme nous ; et cette différence de nature les empêche de faire tout ce que nous faisons. C'est à l'Assistance publique de voir à quelles mains doivent être confiés, dans l'intérêt des malades, les emplois qu'elle dispense.

Il est vrai qu'on peut dénaturer la fonction pour l'adapter au sujet qui prétend en être investi. Au Conseil de l'Assistance publique, il a été proposé : 1° d'effacer la clause qui permettait aux femmes de devenir externes à la condition expresse qu'elles ne pourraient jamais prétendre à l'internat; 2° de modifier le règlement de telle façon que les femmes puissent remplir leur fonctions nouvelles. N'est-ce pas inouï? La femme-interne est si étrange, et on le reconnaît si bien, qu'on modifie le règlement pour la rendre possible! Elle serait dangereuse ou grotesque dans son rôle contre-nature, on change le rôle pour l'adapter à sa personne! L'internat est taillé à la mesure de ces demoiselles!

Mais attendons, car nul ne sait encore ce qu'on va décider. Il y a deux jours, MM. Hardy, président de l'Association des internes, Moutard-Martin et Nicaise, nos représentants au Conseil de surveillance, ont eu un entretien avec le préfet de la Seine. D'autre part, la Société médicale des hôpitaux va prendre la question en mains. Quelques-uns prétendent que l'affaire est arrêtée au ministère de l'intérieur; d'autres disent que notre défaite est certaine, et que nous tirons nos dernières cartouches.

L.-G. R.

Lettres de Suisse et d'Allemagne

Berne, 16 octobre 1884.

Dans les lettres que je me propose de vous envoyer dorénavant tous les mois, je vous parlerai d'abord de l'Allemagne pour passer ensuite à notre pays. Je crois cette division assez nécessaire, vu que les idées médicales des deux contrées ne sont souvent pas du tout identiques.

Pour commencer, permettez-moi de vous entretenir d'un compte rendu d'hôpital, renommé par toute l'Allemagne pour la variété et la richesse de son contenu. J'entends le compte rendu de l'*Hôpital de la Charité*, à Berlin (Charité-Annalen), fait par le docteur Mehlhausen et qui comprend les rapports de presque toutes les célébrités médicales berlinoises. Nous y trouvons les noms des professeurs et docteurs Frehrichs, Ehrlich, Brieger, Leyden, Frænkel, Geppert, Hiller, Fræntzel et Senator pour la médecine interne ; de MM. Gusserow, Rosenthal et Hummerich pour les accouchements et la gynécologie; de MM. le professeur Bardeleben, Zwicke, Alberti et Starelle pour la chirurgie; de M. Burchardt pour l'ophthalmologie, de Moeli pour la psychiatrie, de Henoch pour la clinique infantile, de G. Lewin pour la syphilis et la dermatologie, enfin de Virchow et d'Israel pour l'anatomie pathologique.

Le dernier compte rendu de la Charité est celui de 1882 qui vient de paraître chez Hirschwald, à Berlin. Il commence par un tableau de statistique, qui démontre d'une manière frappante l'augmentation toujours croissante de la diphthérie à Berlin, ces dernières années. Vous pourrez vous en convaincre par les chiffres suivants :

En 1876	on avait à Berlin	26	malades	diphthéritiques.
1877	on en comptait	51	—	—
1878	—	78	—	—
1879	—	52	—	—
1880	—	87	—	—
1881	—	139	—	—
1882	—	189	—	—

Dans ce nombre ne sont pas compris les malades infectés à l'hôpital. En 1882, le printemps fut pour la diphthérie la plus mauvaise époque (32 p. 100 de morbidité) ; l'été, la plus favorable (17 p. 100). Pendant les trois mois d'hiver (décembre-février) il y eut 29 p. 100 d'affections diphthéritiques et de septembre à novembre 20 p. 100.

La mortalité atteignit un chiffre élevé ; de 189 enfants, 97 ou environ 50 p. 100 succombèrent.

Quant aux autres maladies infectieuses, elles présentèrent un caractère moins dangereux que les années précédentes. Le rapport constate 4 cas de fièvre puerpérale de plus qu'en 1881. L'érysipèle seul augmenta de 26 cas (85 contre 59 l'année précédente). Le nombre des malades traités par jour fut en moyenne de 1506. Entre le maximum — février — et le minimum des malades — août — il y eut une différence de 465. La syphilis et le *delirium tremens* offrirent beaucoup plus de cas que jusqu'alors. Si nous entrons dans les détails du compte rendu, nous trouvons les différents rapports des médecins cités plus haut. Je ne puis vous les indiquer tous; je me bornerai à vous parler de ceux qui, je crois, pourront intéresser vos lecteurs.

En médecine interne, M. Leyden communique ses expériences sur le *traitement de la tuberculose pulmonaire par l'arsenic*. Il s'appuie sur 20 cas traités par cette méthode pour démontrer, en suivant pas à pas les effets du traitement, que l'emploi de la solution de Fowler ou de l'acide arsénieux de 1 à 10 milligrammes par jour, n'a produit aucun effet appréciable. Il ne put constater aucun changement favorable ni dans l'état général des malades, ni dans le processus local.

Nous citerons encore un travail de M. Hiller, interne dans le service de M. Leyden, sur la *syphilis pulmonaire* et la *phthisie syphilitique*. Après avoir fait l'historique de la question, il rapporte deux observations personnelles qu'il eut l'occasion de suivre très exactement et sur l'autopsie desquelles il basa les conclusions suivantes : Dans les poumons, il existe des affections syphilitiques d'un caractère très différent au point de vue anatomique; mais actuellement il n'est pas encore prouvé qu'il existe une affection syphilitique pulmonaire de caractère ulcéreux, avec tendance à la formation de cavernes.

La gynécologie est représentée par un travail de Gusserow *sur l'extirpation de petites tumeurs de l'appareil génital de la femme, compliquées d'autres inflammations simultanées*. Il cite 7 cas de péri et paramétrite où un examen répété avait démontré l'existence d'un petit kyste de l'ovaire ou de la trompe et où l'extirpation de cette tumeur a produit une amélioration considérable, voire même une guérison complète de l'affection.

Parmi les travaux de l'art chirurgical, nous mentionnerons une statistique des cas traités dans la clinique du professeur Bardeleben, ainsi que les *contributions à la méthode générale des pansements*, de MM. Zwicke et Alberti. Il en résulterait que le sublimé corrosif a été employé ces derniers temps sur une bien plus grande échelle qu'auparavant pour la désinfection des plaies et pour l'irrigation. D'après les mêmes auteurs, cet agent rendrait d'excellents services sous forme de compresses humides dans les cas d'érysipèle. M. Starcke, dans son compte rendu, communique certains détails intéressants ; il est d'avis, par exemple, qu'on doit, autant que possible, restreindre l'emploi des drains, il se prononce contre le protective et contre l'irrigateur ; par contre, il recommande vivement la « suture secondaire » remise en usage par Kocher, de Berne.

L'anatomie pathologique est représentée par deux travaux, l'un de Virchow et l'autre de M. Israel. Le nombre des autopsies faites par Virchow, en 1882, se monte à 767 : ce dernier a, pour la première fois, classé les maladies d'après les mois où elles furent trouvées le plus fréquemment à l'autopsie. Israel, enfin, fait mention d'une forme rare d' « ulcère rond » de l'intestin grêle.

Un autre travail non moins intéressant vient de paraître dans la revue allemande de chirurgie (*Deutsche Zeitschrift für chirurgie*), intitulé : *Contributions à la chirurgie du cœur*, par E. Rose (anciennement professeur de chirurgie à Zurich, actuellement successeur de Wilms, à Berlin). Il cite 20 cas de *lésions traumatiques du cœur*, dont 16 ont été observés par lui-même pendant la vie, et les autres, confirmés par l'autopsie. Les lésions du cœur ne sont pas, d'après cet auteur, toutes mortelles, comme on le croit généralement. Un seul des malades observés par lui a succombé directement à cette lésion; 3 moururent indépendamment d'elle à la suite d'autres affections graves, et un quatrième, enfin, seulement quinze jours après un coup de feu qui avait perforé le poumon gauche. Dans trois des cas cités, la plaie du cœur était pour ainsi dire guérie lors de la mort. Quant au diagnostic, les cas les plus faciles à reconnaître sont les traumatismes du cœur avec lésion simultanée du poumon gauche, car les signes de pneumopéricarde sont très caractéristiques. Une deuxième série comprend les cas où il y a lésions du cœur, sans que le poumon soit affecté, mais avec hémorrhagie très forte au dehors. La troisième espèce comprend le cas dont le diagnostic offre le plus de difficultés, les lésions cardiaques sans trace de blessure extérieure ou à réunion immédiate, comme dans les ruptures du cœur par fracture de côtes ou dans les plaies par instruments aigus, etc. Dans ces cas, l'auscultation du cœur doit être pratiquée régulière-

ment chaque jour. Car le danger principal auquel les malades sont exposés, quand l'hémorrhagie toujours mortelle par les voies extérieures n'est pas à craindre, consiste dans la distension du péricarde causée par l'épanchement sanguin. Ce phénomène est appelé par Rose la « tamponnade du cœur » (Herztamponade). Le sang répandu dans la cavité du péricarde paralysant les excursions du cœur, les malades succombent rapidement avec tous les symptômes de la suffocation, notamment une cyanose très forte. La meilleure voie à suivre, afin de diminuer les dangers de cette « tamponnade du cœur », est de coucher le malade sur le dos et d'appliquer une vessie glacée sur la région cardiaque. Il est aussi important de régler soigneusement le régime du malade. Lorsque l'épanchement péricardique n'a pu être évité, on pourra pratiquer une saignée abondante, qui produit souvent d'excellents effets, comme le démontre le cas suivant. Un jeune médecin avait reçu un coup de poignard dans la région du cœur. Rose le trouva au lit dans un état de cyanose et de dyspnée intenses. Le pouls n'était plus sensible; toutefois le malade n'avait pas perdu connaissance. Dans la région supérieure du cœur une blessure, de la largeur d'un doigt. L'hémorrhagie avait cessé et la blessure était fermée. La matité du cœur était considérablement agrandie. Rose pratiqua immédiatement une saignée, pendant laquelle le pouls redevint sensible, comme dans une expérience de physiologie, en même temps la dyspnée cessait. Le pouls se relevait en raison directe de l'abondance du sang qui s'écoulait. Rose estime la quantité de sang à *1 litre*. Le malade se remit après cinq semaines. La résorption de l'hémopéricarde s'était effectuée très rapidement. Comme moyen suprême dans ces lésions cardiaques Rose conseille l'*incision directe du péricarde*. Seulement nous devons ajouter que Rose n'a jamais lui-même recouru à cette méthode, et qu'il paraît avoir oublié le danger résultant de l'évacuation du sang de la cavité du péricarde et de la communication subséquente de cette cavité avec l'extérieur, danger qui consiste en une hémorrhagie secondaire mortelle.

Dans la *Berliner Klinischen Wochenschrift*, Sorgius publie les résultats obtenus par lui dans la phthisie par l'emploi de la *kairine* à la maison de santé de Gorbersdorf. Il arrive aux conclusions suivantes. La kairine produit une diminution constante de température dans les cas graves de phthisie, compliqués de fièvre. Cet abaissement de température dure assez longtemps. L'usage prolongé de la kairine est sans aucun effet délétère sur l'organisme. Elle n'a aucune influence sur le processus local. Son emploi exigeant une grande surveillance de la part du médecin, à cause du collapsus qui peut en résulter, on ne devrait y recourir que pour les malades traités dans les établissements de santé. Pour éviter le collapsus, si dangereux chez les phthisiques, on prescrit la kairine une heure ou une heure et demie avant la crise fébrile, et on continue à en donner des doses de 25 centigrammes pendant une heure ou deux heures après la rémission.

Puisque nous parlons de la kairine, je tiens à vous citer un article sur l'*antipyrine* que le docteur E. Rapin, de Lausanne, vient de publier dans la *Revue médicale de la Suisse romande*. Après avoir mentionné dans un des précédents numéros (juillet 1884) du même journal, les excellents résultats obtenus par le professeur Erb, à Heidelberg, l'auteur nous parle des observations qu'il a faites lui-même et qui viennent confirmer l'efficacité de ce nouveau fébrifuge. On a prétendu que l'ingestion de l'antipyrine n'était suivie d'aucune effet désagréable. En général, cela est vrai; néanmoins quelques malades de Rapin ont éprouvé certaines manifestations assez importantes pour ne pas passer inaperçues. C'était d'abord une chaleur subite à la tête accompagnée de légers bourdonnements d'oreilles. Le docteur Goetz lui a signalé également chez un typhique une forte « bouffée » à la tête. En même temps que la chute du thermomètre, Rapin a aussi souvent constaté la production de sueurs plus ou moins profuses. Quelquefois aussi les selles et les urines ont pris une coloration rougeâtre. On peut prescrire l'antipyrine à haute dose sans crainte d'aucun risque. La soustraction rapide de plusieurs degrés de chaleur n'est marquée non plus par aucune tendance au collapsus ni à la défaillance. En voici la preuve : le docteur Mayor, de Lausanne, fait à M. Rapin la communication du fait suivant, dont il est témoin actuellement. Chez une malade de 23 ans, rechute de fièvre typhoïde, la dose d'un gramme d'antipyrine fit tomber la température de 39°9 à 36°5. Or, chez cette personne, le cœur, qui, depuis l'enfance, est atteint d'insuffisance aortique, paraît avoir été *tonifié* plutôt qu'affaibli par le médicament, et n'a point donné de signes de fatigue depuis huit jours que la malade est soumise à l'antipyrine.

Pour terminer, je vous dirai que la décision de Congrès international de médecine à Copenhague d'aller tenir sa prochaine séance à Washington, n'a pas été très favorablement accueillie par la *Klinische Wochenschrift* de Berlin. Le professseur Ewald, son

correspondant, trouve que l'autorité prépondérante de l'Allemagne en médécine aurait bien valu la peine que l'on se décidât à aller à Berlin. Il regrette que beaucoup de ses confrères allemands aient voté plutôt pour l'Amérique que pour leur propre pays. Il admire, par contre, l'esprit de corps qu'ont montré à Copenhague, à chaque occasion, les médecins français et anglais, aussi bien dans les séances de section que dans les autres réunions.

Dr F. Dumont.

BIBLIOTHÈQUE

Berne, le 20 octobre 1884.

Monsieur le rédacteur,

Permettez-moi, comme ancien correspondant, de parler encore au lecteur de l'*Union médicale* d'un ouvrage que j'ai eu l'occasion de citer lors de son apparition, celui de Strümpel, qui est sans conteste, aujourd'hui, le meilleur *Manuel de pathologie interne* existant en Allemagne.

Cet ouvage, dont le dernier fascicule a paru seulement à la fin de septembre 1884, est traduit par un médecin belge, le docteur Joseph Schramme, médecin des hôpitaux de la ville de Bruges.

Tout le bien que j'ai pu dire jadis de l'ouvrage allemand, je puis le répéter en parlant de la traduction du docteur Schramme, qui est réellement remarquable et fait le plus grand honneur à sa plume. Notre confrère a su donner à sa traduction tous les mérites de clarté et de correction d'un ouvrage en français, en y conservant toute l'exactitude du texte allemand.

Je ne puis que vivement conseiller l'acquisition de cet ouvrage, tant aux étudiants qu'aux jeunes médecins, pour lesquels il sera un aide mémoire des plus utiles. Je ne doute pas qu'il trouve le succès qu'il mérite dans vos universités comme dans nos cantons de la Suisse française.

Edmond Lardy.

P.-S. — La seconde moitié de l'ouvrage paraîtra bientôt, probablement avant la fin de l'année. (F. Savy, éditeur.)

Le choléra dans la Basse-Egypte en 1883, par M. Dutrieux-Bey. — Paris, 1884. O. Berthier.

Ce livre du médecin de division de l'hôpital d'Alexandrie est la relation d'une exploration du delta du Nil pendant l'épidémie cholérique de l'année dernière.

L'auteur, fonctionnaire égyptien, a dédié cet ouvrage au voyageur allemand Schweinfurth, et s'est efforcé d'établir l'origine locale de l'épidémie cholérique dont il donne une relation très personnelle. C'est donc une tentative en faveur de la théorie de la spontanéité du choléra d'Egypte. Par conséquent, l'apparition de ce réquisitoire contre la doctrine de l'origine indienne de la maladie devait provoquer et a provoqué une certaine émotion dans la médecine diplomatique dont l'Angleterre, l'année dernière, nous a fait, on ne l'a pas oublié, entrevoir quelques-uns des secrets.

Après cela, sans partager les opinions de M. Dutrieux, et tout en leur rendant l'hommage qu'elles méritent, il faut reconnaître que son livre est intéressant à lire, ne fût-ce qu'à titre de document, dans ce procès de nouveau ouvert malheureusement par l'épidémie de Toulon et de Marseille.

De là des mesures d'hygiène locale, très utiles, très sages, pour améliorer l'état sanitaire de l'Egypte. Sur ce point, tout le monde s'accorde, et il y a beau temps que les médecins font profession de mettre l'hygiène au premier rang de la prophylaxie. Dire avec l'auteur qu'elle en est le seul moyen, c'ést anticiper sur l'avenir et désespérer de tout progrès scientifique. — C. L. D.

REVUE DES JOURNAUX

La grindelia squarrosa, par E. Smith. — L'extrait de cette substance a été employé depuis quelques années par cet observateur contre des accidents de paludisme chronique. Il semble en avoir retiré quelques bénéfices dans les cas où il y avait de la douleur dans le côté gauche et de l'augmentation de volume de la rate.

Cet extrait était administré à la dose d'une cuillerée à café toutes les quatre heures; sous son influence les douleurs et la périodicité disparaissaient. *The therapeutic Gazette*, p. 432, septembre 1884. — C. L. D.

Du traitement de la laryngite striduleuse, par Widerhofer. — Pendant l'accès, cet auteur recommande la traction de la langue en avant pour prévenir l'occlusion glottique, et les applications d'eau chaude sur le cou. Dans l'intervalle, il prescrit le bromure de potassium dont il regarde l'action comme spécifique. Il en augmente quotidiennement la dose et l'élève jusqu'à 8 grains. *Allgemeine Wiener medic. Zeitung*, 29 juillet 1884.
C. L. D.

Hémiplégie diaphragmatique hystérique, par M. Potain. — Ces accidents débutèrent après des attaques d'hystérie. Ils consistaient en gêne respiratoire et en douleurs thoraciques qu'accusait la malade. A la pression, on déterminait des points douloureux dans les sixième, septième et huitième espaces intercostaux droits, et sur les cinquième et sixième côtes gauches. L'hypochondre gauche se déprimait pendant l'inspiration, tandis que l'hypochondre droit se dilatait normalement.

Ce diagnostic était : névralgie intercostale avec paralysie partielle du diaphragme. La névralgie fut combattue par la révulsion cutanée, et la paralysie au moyen de l'application des courants continus. *Paris-Médical*, p. 438, 13 sept. 1884. — C. L. D.

De l'emploi de l'acide salicylique dans le traitement du lupus, par G. Marshall. — Ce médicament, employé sous forme de pommades, a donné de bons résultats contre l'eczéma et l'impétigo. L'auteur l'a essayé dans un cas de lupus exedens de l'aile du nez, de la paupière inférieure et de la région malaire.

Les onctions furent d'abord pratiquées avec une pommade contenant 15 grains de substance active par once de vaseline; plus tard la dose fut élevée jusqu'à la moitié d'une once. Sous cette influence, il ne se forma plus de tubercule, les ulcérations disparurent et les cicatrices prirent bonne apparence. *Brit. Med. Journal*. — C. L. D.

Action de l'adonis vernalis sur la circulation, par Altmann. — Cette substance régulariserait les battements cardiaques comme la digitale, augmenterait l'énergie musculaire du cœur, en retardant ses pulsations et en élevant la pression artérielle. Elle accroît modérément la diurèse, agit plus rapidement que la digitale sans avoir l'inconvénient de l'action cumulative. Enfin cet observateur en a obtenu de bons effets sur des malades où la digitale échouait. *Deutsche Medizinal Zeitung*, 10 juillet 1884.
C. L. D.

CORRESPONDANCE

Nous mettons sous les yeux de nos lecteurs une lettre que M. le docteur Dumas, chirurgien en chef de l'hôpital de Cette, adressa il y a près d'un an à l'Académie de médecine, sur les erreurs qui se produisent dans l'administration des médicaments, et qui n'a reçu depuis lors aucune publicité.

Des erreurs plus ou moins funestes se commettent souvent dans l'administration des remèdes. A part les faits publiés, combien sont tenus cachés ou ne dépassent pas l'entourage du malade? L'an dernier, à Cette, deux jeunes enfants sont morts empoisonnés par leur mère, qui leur avait fait prendre une grande cuillerée d'un liniment opiacé, croyant leur donner du sirop de chicorée.

Il y a quelques années, la mère d'une jeune typhique que je soignais lui administra au milieu de la nuit, au lieu d'une cuillerée de potion, une cuillerée de baume tranquille. Grâce aux vomissements qui survinrent, cette imprudence n'eut pas de suites graves.

Au mois de mai dernier, je donnais des soins à une jeune femme qui, au dix-huitième jour de ses couches, fut atteinte de phlegmatia alba dolens. La garde, se trompant de bouteille, lui fit prendre une grande cuillerée d'un liniment fortement belladoné, soit environ 70 centigrammes d'extrait. Malgré des vomissements provoqués, les symptômes de l'empoisonnement furent très accusés, et pendant les premières heures me causèrent de vives alarmes. Ils ne se dissipèrent qu'au bout de trois jours.

Il est assurément peu de médecins, un peu vieillis dans la pratique, qui n'aient été témoins de faits semblables. Je me suis demandé s'il n'y aurait pas un moyen aisé de

rendre ces accidents plus rares, de les supprimer presque. Je ne suis pas éloigné de l'admettre...

Sans doute, tout médicament destiné à l'usage externe porte une étiquette rouge avec cette mention. Mais cette précaution est insuffisante. L'étiquette disparaît presque toujours lorsqu'on plonge dans l'eau chaude la bouteille dont on a besoin de chauffer le contenu, et dans quelques cas le liniment la tache, en fait disparaître la couleur ou la rend moins visible. Or, c'est dans le demi-jour ou dans l'obscurité d'une chambre de malade, la nuit souvent, par la main d'une garde fatiguée, que l'erreur se produit. Si à une étiquette qui diparaît et dont la couleur s'altère on ajoutait une coloration fixe et une forme particulière de bouteille ne rendrait-on pas ces accidents presque impossibles? Je proposerais donc :

1° De conserver l'étiquette rouge avec la mention : « pour l'usage externe, » comme par le passé;

2° D'obliger le pharmacien à se servir de deux espèces de bouteilles, de couleurs et de formes différentes :

A. Verre très foncé, vert, bleu ou noir, et de forme *ronde* pour les liniments et tout médicament qui ne doit pas être pris tel quel par le malade;

B. Verre blanc et de forme *plate* pour les potions et tout remède donné au malade tel qu'il sort de la pharmacie.

Rien de plus simple que d'introduire ces modifications; elles offriraient, je crois, une sécurité plus grande que la simple étiquette rouge.

Dr A. DUMAS,
Chirurgien en chef de l'hôpital de Cette.

Société de thérapeutique.

Iridin et médicaments cholagogues.

M. H. GUENEAU DE MUSSY signale l'emploi qui est fait à Edimbourg des pilules d'iridin pour combattre les vomissements de la grossesse. Berry Hart, qui a étudié les propriétés cholagogues de ce médicament, se base, du reste, sur ce mode d'action pour confirmer l'origine hépatique des vomissements chez la femme enceinte, théorie soutenue par Lorain, Tarnier et Mathews Duncan. Il a obtenu d'excellents résultats dans les dix cas où il a employé l'iridin ; il le prescrit en pilules, à la dose de 20 centigrammes dont l'excipient est la conserve de rose. Une seule pilule tous les soirs. C'est un cholagogue énergique, mais il ne jouit pas de la propriété d'amener les évacuations intestinales ; aussi est-il nécessaire de faire prendre le lendemain aux malades une petite dose de sel de Glauber.

M. H. Gueneau de Mussy obtient un effet assez semblable, en même temps qu'une action purgative, par l'association du podophyllin à l'évonymin et à la jusquiame. Il prescrit une pilule composée d'après la formule suivante:

Podophyllin	25 milligr.
Evonymin	5 à 10 centigr.
Extrait de jusquiame	5 centigr.

On peut remplacer dans cette formule les 5 centigrammes d'extrait de jusquiame par 1 centigramme d'extrait de belladone.

M. Constantin PAUL fait remarquer que la jusquiame a été associée depuis longtemps au podophyllin dans le but de supprimer les coliques assez vives causées d'ordinaire par cette oléo-résine ; mais il faut reconnaître que ce résultat est rarement atteint. Quand à l'évonymin, il le croit moins actif que le podophyllin, et il a vu son effet s'épuiser plus rapidement.

M. H. GUENEAU DE MUSSY répond que le podophyllin a un effet purgatif plus prononcé peut-être que l'évonymin, mais non constant. A Edimbourg, on accorde la préférence à l'iridin, auquel on associe un léger purgatif (1).

---

(1) On obtient au contraire des effets constants et inoffensifs en employant la *podophylle* préparée selon les indications de *Coirre*.

M. C. PAUL. Les résultats peuvent être très variables, même avec le podophyllin, suivant l'état de polycholie présenté par la malade. Pendant les deux ou trois premiers jours, alors que les voies biliaires sont remplies de bile, un flux intense se produit, accompagné d'un effet purgatif marqué ; puis, si l'on continue l'usage du médicament, les selles deviennent moulées, pâteuses, tout en demeurant faciles. Les mêmes phénomènes sont observés avec l'évonymin. Du reste, cette action variable appartient à presque tous les cholagogues ; il l'a vue se manifester chez des malades atteints de constipation, auxquels il a prescrit des Pilules de Belloste. Il a obtenu d'ailleurs de très bons résultats de cette médication, unie aux eaux de Carlsbad, chez des individus ordinairement constipés et souffrant après les repas, de prétendues crampes d'estomac, qui ne sont que des crises ébauchées de coliques hépatiques. Le mercure est dans ce cas un excellent cholagogue.

M. BLONDEAU retire de précieux effets des pilules d'évonymin et a vu leur action se prolonger plus longtemps que celle du podophyllin, ou même se manifester très nettement chez des individus qui n'obtenaient plus aucun effet de l'ingestion de ce dernier médicament. Il a remarqué, d'ailleurs, que l'on peut prolonger l'action du podophyllin, lorsqu'elle vient à cesser, en lui associant la noix vomique. Il emploie dans ce cas la formule suivante :

Extrait de jusquiame	1 centigr.
Extrait de noix vomique	1 centigr.
Podophyllin	15 milligr.
Savon médicinal.	5 centigr.

Pour une pilule. De une à trois pilules le soir en se couchant.

M. C. PAUL demande si M. Blondeau a remarqué que l'administration de la noix vomique, unie au podophyllin, ait quelques inconvénients chez les hémorrhoïdaires ? ne provoque-t-elle pas de la congestion rectale ?

M. BLONDEAU n'a jamais observé rien de pareil chez ses malades ; il n'a vu se produire aucune poussée congestive au niveau des hémorrhoïdes.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 octobre 1884. — Présidence de M. Alph. GUÉRIN.

M. LARREY présente, de la part de M. le docteur GUERMONPREZ (de Lille), un ouvrage intitulé : *Pratique chirurgicale des établissements industriels.*

M. GARIEL, au nom de M. le docteur NAPIAS, présente deux rapports sur l'hygiène scolaire.

M. BOULEY, de la part de M. le docteur P. GIBIER, présente une thèse intitulée : *Recherches expérimentales sur la rage et son traitement.* (Prix Barbier.)

M. DUJARDIN-BEAUMETZ présente : 1° au nom de M. BONJEAN (de Chambéry), un travail relatif à l'influence des eaux potables sur le développement et la propagation du choléra ; — 2° en son propre nom, le 9e fascicule de son *Dictionnaire de thérapeutique.*

M. POLAILLON offre en hommage un travail qu'il vient de publier sur la *Chirurgie du doigt.*

M. Jules GUÉRIN dit qu'il a eu connaissance d'un certain nombre de cas de choléra qui se seraient développés dans une localité des environs de Paris et qui auraient été, dit-on, au nombre de 20 à 25. Il demande si quelqu'un de ses collègues pourrait donner à ce sujet quelques renseignements à l'Académie.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ avait l'intention de faire à ce sujet une communication à l'Académie ; il en a été empêché par la crainte d'exciter trop vivement l'impressionnabilité de la population parisienne par la révélation de faits encore trop récents. Il réserve cette communication pour une époque ultérieure. En attendant, il est heureux de pouvoir déclarer que cette petite épidémie, toute locale, de la commune d'Aubervilliers, est complètement éteinte depuis une quinzaine de jours.

M. Léon Le Fort, à l'occasion de la communication de M. Marey, relative à l'influence des eaux potables sur la propagation du choléra, communique à l'Académie une note qui lui a été adressée par l'ingénieur chargé du service des eaux de la ville de Versailles. Il résulte de cette note que la ville de Versailles, en 1849, 1854 et 1865, se servait pour l'usage de la boisson d'une eau dans laquelle étaient mélangées des eaux de sources, d'étangs et de l'eau de Seine prise à une grande distance de l'égout collecteur. La ville ne faisait point usage, pour son alimentation, d'eau de puits.

Ainsi s'expliquerait en partie, suivant M. Le Fort, l'immunité de la ville de Versailles dans les diverses épidémies de choléra.

M. Brouardel, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Bouley et Rochard, fait connaître les conclusions qui se dégagent des faits exposés devant l'Académie, sur les conditions actuelles dans lesquelles se trouvent les sources et la distribution des eaux d'alimentation de la ville de Paris : « L'impureté de quelques-unes de ces eaux est trop présente à votre mémoire pour qu'il soit nécessaire de l'exposer de nouveau. Votre commission aurait pu se contenter de la simple application des ordonnances royales et des arrêts du conseil de 1669 à 1783 interdisant de troubler les eaux de rivière, des lois du 22 décembre 1789 et de celles du 24 août 1791 qui ont encore force de loi en France. Mais ce rappel eût été insuffisant. Il faut reconnaître que ces lois et ordonnances n'ont souvent dans l'application qu'une valeur théorique, que les pouvoirs publics eux-mêmes en ont donné une explication pleine d'atténuations, qu'elles sont par suite violées ou exécutées dans des conditions telles que l'arbitraire y entre pour une large part. Voici, en effet, l'interprétation la plus récente qu'en ont donnée les pouvoirs publics. Une décision ministérielle en date du 24 juillet 1875, visant l'avis du Conseil général des ponts et chaussées, dit : « L'ordonnance du roi en date du 20 février 1773 et l'arrêt du Conseil en date du 24 juin 1777, qui interdisent de jeter dans la Seine des liquides, des immondices ou des déjections quelconques susceptibles de rendre les eaux insalubres et impropres aux usages domestiques, doivent en principe recevoir leur application. La concession implicite faite en pratique par cette décision s'explique, parce qu'elle confond dans une même prescription tous les modes de pollution, que ce soient les matières fécales, les immondices, les résidus des fabriques, etc. Or, comme il est impossible dans les pays industriels de supprimer, sans porter un grave préjudice à l'industrie nationale, l'envoi dans les cours d'eau des résidus de fabriques, quels qu'ils soient, on a laissé une grande latitude à l'appréciation des autorités. Acceptable pour les déchets non dangereux, cette tolérance est inacceptable pour les matières éminemment dangereuses, notamment pour les matières fécales. »

La commission supérieure pour l'aménagement et l'utilisation des eaux fut instituée en 1878 au ministère des travaux publics, sous la présidence de M. de Freycinet; elle a été un peu plus loin. M. Dumas avait vaguement indiqué cette distinction entre la contamination par les matières fécales et les autres sources de souillure. Il disait dans la commission : « La sous-commission a remarqué que les eaux qui reçoivent des matières insalubres offrent deux espèces de dangers ; le premier a fixé l'attention des médecins qui ont reconnu aujourd'hui que beaucoup de maladies contagieuses sont transmises par les eaux. Le second danger résulte de l'exercice de certaines industries, etc. » Aussi la commission supérieure des Eaux a-t-elle formulé ainsi son avis :

1° Il est défendu de jeter dans les cours d'eau des matières encombrantes pouvant porter obstacle au libre écoulement des eaux, ainsi que des immondices et déjections quelconques susceptibles, par leur nature ou leur quantité, de rendre les eaux insalubres ou impropres aux usages domestiques.

L'article 2 défend que les matières liquides ou solides provenant d'une usine soient dénaturées. Mais le danger provenant de ces pollutions n'est pas spécifié. Dans le *Reverse pollution* de 1876, la loi anglaise indique également cette distinction entre les matières quelconques et les matières fécales. Il appartient à l'Académie de la formuler plus nettement et de dire que dans aucun cas l'eau qui peut servir à la boisson ne doit avoir subi le contact de matières fécales humaines, qu'il s'agisse de projection dans les rivières ou d'infiltration dans les puits.

En résumé, votre commission reconnaît qu'elle ne peut exiger, ainsi qu'elle le désirerait, l'application immédiate et absolue de la loi qui veut que les cours d'eau soient mis à l'abri de toute pollution, parce que cette exécution sans délai porterait un trouble redoutable à l'industrie nationale; mais elle juge qu'il est un élément de souillure dont il faut immédiatement débarrasser la Seine, c'est la projection des matières fécales en quantité quelconque, parce que cette cause de pollution est la plus dangereuse, quelle qu'en soit la quantité.

L'Académie doit rappeler également à l'Administration chargée de la distribution des

eaux que, lorsqu'une conduite d'eau a été parcourue par des eaux souillées, son débit reste suspect, même quand il est de nouveau parcouru par de l'eau pure ; que par conséquent les conduites destinées à servir l'eau potable aux habitants ne peuvent indifféremment débiter tantôt de l'eau souillée, tantôt de l'eau de source.

En conséquence, votre commission vous propose de voter les conclusions suivantes :

1° L'eau qui sert à l'alimentation doit être exempte de toute souillure, quelle qu'en soit la provenance.

2° La contamination de l'eau par les matières fécales humaines est particulièrement dangereuse; toute projection de cette nature, quelle qu'en soit la quantité, dans les eaux de source, de rivière ou de fleuve, doit être absolument et immédiatement interdite.

M. Gautier est porté à approuver les conclusions de la commission ; il est complètement d'accord avec elle sur le principe ; seulement, l'Académie doit savoir, en votant la première conclusion, qu'elle vote une chose absolument irréalisable et complètement impossible. Quant à la deuxième conclusion, M. Gautier va plus loin que la commission et demande qu'il soit interdit de verser dans la Seine des matières fécales, tant qu'elles n'auront pas été complètement dénaturées.

M. Brouardel fait observer que la demande de M. Gautier reçoit une satisfaction implicite de l'une des conclusions de la commission.

M. Léon Le Fort fait remarquer que les conclusions de la commission sont la condamnation du principe du *tout à l'égout*, qui a déjà reçu à Paris un commencement d'exécution.

M. Brouardel répond que l'on peut accepter la doctrine du tout à l'égout, à la condition de ne pas envoyer l'eau des égouts dans la Seine. L'eau destinée à la boisson doit rester absolument pure. Tant que l'on emploiera l'eau de la Seine pour l'usage de la boisson, il faut que cette eau ne soit pas exposée à la contamination par les matières fécales.

M. Brouardel pense, d'ailleurs, que l'Académie pourrait discuter à fond, dans une séance ultérieure, le système du tout à l'égout.

En attendant, il serait de la plus grande importance que, sur cette question de la contamination de l'eau de la Seine par les matières fécales, l'Académie accordât à sa commission une approbation réunissant l'unanimité des voix, ce qui contribuerait à donner plus d'autorité à ses conclusions.

M. Béclard ajoute que cette unanimité est d'autant plus désirable que le Conseil général de la Seine est actuellement saisi de la question par un mémoire de M. le préfet de la Seine qui conclut dans le sens de la commission de l'Académie.

Les conclusions du rapport de M. Brouardel sont mises aux voix et adoptées à l'unanimité moins deux ou trois voix.

M. Ball donne lecture d'un rapport dont la conclusion est que l'Académie de médecine de Paris, au nom du corps médical et de la nation française tout entière, envoie au peuple et au roi de Danemark, en reconnaissance de la cordiale hospitalité que les représentants de la médecine française ont reçue au dernier Congrès de Copenhague, un témoignage de sympathie à l'occasion de l'incendie qui a si malheureusement détruit le palais de Christiansborg.

La conclusion du rapport de M. Ball est adoptée à l'unanimité par acclamation.

— M. Giraud-Teulon donne lecture d'un travail intitulé : *Physiologie de la locomotion; étude rétrospective de la théorie mécanique du vol de l'oiseau.*

« Pour nous résumer, dit l'auteur, nous sommes obligé de conclure que le mécanisme du vol de l'oiseau, ou du coup d'aile, tel que le conçoit M. le professeur Marey, est aussi impuissant à élever qu'à soutenir l'animal dans les airs.

« Comme, d'autre part, l'oiseau, reposant sur le sol, ne peut se procurer l'espace nécessaire au jeu de ses ailes, qu'après s'être élevé à quelque distance de terre, c'est-à-dire après avoir accompli un saut ordinaire sur ses pattes (*saltus communis*), et que M. Marey n'a point fait connaître encore qu'il admît enfin, pour ce dernier acte, le mécanisme de la détente ou de l'à coup, il s'ensuit irrésistiblement que l'oiseau de M. Marey ne peut ni s'élever dans l'air, ni même quitter la terre.

« Lancé dans l'air d'un lieu élevé, l'oiseau artificiel de M. Marey ne pourra ni s'y soutenir, ni, à plus forte raison, s'y élever; il obéira à la loi de la chute des graves, tempérée, il est vrai, par les propriétés de parachute des plans inclinés. Mais, s'il est à terre, faute d'un saut préalable, il lui sera défendu de la quitter. »

M. Marey répond qu'il a déjà convoqué M. Giraud-Teulon sur le terrain de l'observation où il lui a promis de lui donner une démonstration complète de sa théorie. Il lui réitère son invitation et il ajoute que la doctrine de M. Giraud-Teulon est absolument contredite par les faits.

M. Gibier lit un travail intitulé : *Contribution à l'étude étiologique du choléra.* Ce travail est un exposé dans lequel sont résumées les observations que l'auteur a recueillies dans les départements du Midi atteints par l'épidémie, au cours de la mission médicale dont la direction lui avait été confiée par M. le ministre de l'intérieur.

M. Gibier se propose de soumettre ultérieurement à l'Académie un mémoire où seront exposées un certain nombre d'observations sur les symptômes, le traitement et la prophylaxie du choléra.

— La séance est levée à cinq heures.

Faculté de médecine de Paris.

Thèses de doctorat du 27 au 30 novembre 1884.

Lundi 27. — M. Monnet : De la kola (sterculia acuminata) ; étude physiologique et thérapeutique. (Président : M. Damaschino.) — M. Latouphis : Gommes syphilitiques du larynx. (Président : M. Damaschino.)

Mercredi 29. — M. Barbulée : De la conduite à tenir dans le cancer du col de l'utérus, pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches. (Président : M. Duplay.) — M. Legoy : Recherches sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques de la *piscidia erythrina.* (Président : M. Damaschino.)

FORMULAIRE

Lotion contre l'eczéma des mains. — Bulkley.

Calamine pulv.	} ãã	de 4 à 8 grammes.
Oxyde de zinc pulv.		
Glycérine pure		8 —
Hydrolat de roses		120 —

Mêlez. — Pour lotions dans l'eczéma aigu des mains, quand la pommade d'oxyde de zinc (2 grammes pour 20 grammes de pommade rose) n'est pas bien supportée.

Dans le cas d'eczéma chronique de la face dorsale des mains et des articulations, on peut recourir avec avantage à la solution de potasse caustique (0 grammes 50 centigr. à 3 grammes pour 30 grammes d'eau distillée.) On l'applique rapidement à l'aide d'un pinceau, et on recouvre ensuite la surface qui a été touchée, avec une pommade émolliente. — N. G.

COURRIER

Nous recevons les lignes suivantes :

Question peut-être indiscrète. Vous annoncez dans l'*Union médicale* du 25 octobre une mission scientifique confiée à M. Jules Aronssohn, professeur de chimie organique. Or, ce M. Aronssohn n'est-il pas le colonel (de francs-tireurs) Aronssohn, qui voulut jouer un rôle sous la Commune et, en échange d'un grade dans l'armée, offrit de faire relâcher le général Chanzy arrêté par la Commune? N'est-ce pas lui qui a fondé une Société dite Société F. de protection des Alsaciens-Lorrains demeurés Français ; la lettre F. (initiale de fraternelle) permet de distinguer et de confondre cette Société et l'œuvre de M. le comte d'Haussonville, la société de protection des Alsaciens-Lorrains demeurés Français. Ce M. Aronssohn n'est d'ailleurs pas inconnu du monde médical. Il n'y a pas longtemps qu'il rendait visite aux médecins et aux pharmaciens, leur parlait de sa Société de secours comme d'une Société de secours mutuels, leur offrait d'en être médecin consultant, les places de médecin titulaire étant déjà données, à la seule condition pour eux de s'in-

scrire comme membre honoraire ; cotisation de 25 francs, une fois donnée. J'ai vu des quittances, j'ai eu des demandes de renseignements de plusieurs confrères des plus honorables. Ces quelques mots suffiront à vous édifier sur l'homme à qui vient d'être confiée une mission.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort subite du docteur Guilland père (d'Aix-les-Bains). Le *Lyon médical* consacre à ce digne confrère un article dont nous détachons quelques lignes.

C'est un conseiller, un guide, un représentant autorisé et acclamé qui sont ravis à notre universelle et profonde sympathie. Le rare assemblage de ses qualités d'esprit et de cœur lui avait fait parmi nous, dans l'histoire de nos investigations, de nos luttes, de nos progrès, une place qui restera longtemps vide. La publication des œuvres de Trésal, ses judicieux travaux sur les thermes de la région, l'histoire, pour lui si honorable, de l'*inspectorat collectif*, la prospérité de l'Association médicale resteront le témoignage de ses labeurs, de ses sacrifices, disons aussi du succès qui, dans l'opinion du moins, ne manqua à aucune des causes qu'il avait embrassées.

Nul ne portait plus haut les soucis de la dignité médicale, nul ne lutta, ne se compromit avec une plus sereine obstination pour la moralité et les intérêts professionnels. Et c'était, à l'occasion, un rude jouteur que ce parfait honnête homme, son honnêteté même lui suggérant et l'argument et l'expression qu'eût vainement cherchés le dialecticien consommé, le polémiste retors.

Guilland, nous le savons, ne disparaît pas tout entier ; son nom sera dignement porté, ses traditions, ses principes pieusement suivis ; l'attrait qui rayonnait de toute sa personne, nous en retrouverons encore le vivant reflet.

Ecole d'anthropologie. — L'Ecole d'anthropologie ouvrira le samedi 8 novembre 1884, à quatre heures, au siège de la Société d'anthropologie, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine. Les cours se succéderont dans l'ordre suivant :

M. de Mortillet : Anthropologie préhistorique, le lundi à quatre heures, à partir du 10 novembre. — M. Blanchard : Anthropologie biologique, le lundi à 5 heures, à partir du 17 novembre. — M. Topinard : Anthropologie générale, le mardi à quatre heures, à partir du 18 novembre, — M. Dailly : Ethnologie, le mercredi à quatre heures, à partir du 12 novembre. — M. Hervé : Anthropologie zoologique, le mercredi à cinq heures, à partir du 12 novembre. — M. Mathias Duval : Anthropologie zoologique, le vendredi à cinq heures, à partir du 14 novembre. — M. Hovelacque : Anthropologie linguistique, le samedi à quatre heures, à partir du 8 novembre. — M. Bordier : Géographie médicale, le samedi à cinq heures, à partir du 15 novembre.

Concours de la Société française d'hygiène pour 1884. — Le *prix Mallez*. — C'est le 31 décembre prochain qu'expirent les délais pour la réception des mémoires envoyés au concours de 1884. Le programme est ainsi formulé :

« Démontrer sommairement les contradictions qui existent entre l'hospitalisation actuelle et l'hygiène.

« Étudier les moyens pratiques de transporter par des trains spéciaux, dits *trains de santé*, tous les malades transportables, c'est-à-dire les 19/20e à 60 ou 80 lieues des grandes villes et de les y installer dans des baraques en planches.

« Arguments et chiffres pour la comparaison avec l'état de choses présent.

Le prix consiste en une *médaille d'or* de la valeur de 500 francs.

N. B. — Envoyer les mémoires au siège de la Société, 30, rue du Dragon.

Association générale des étudiants des Facultés et Écoles supérieures de Paris. — L'Association générale des étudiants de Paris qui s'est fondée cette année avec l'approbation de M. le ministre de l'instruction publique et de MM. les doyens des Facultés de Paris, vient d'établir son siège social, 41, rue des Écoles.

Nous rappelons par un extrait des statuts, que le but de cette Société est de resserrer les liens de solidarité et d'établir un centre de relations amicales entre tous ses membres. Elle réunit les étudiants dans l'intérêt de leurs études et pour la recherche des moyens de les perfectionner. Elle leur permet de s'entr'aider dans les difficultés matérielles de la vie.

Le montant de la cotisation est de 12 francs par an.

Le Comité.

S'adresser à M. Eugène Boureau, président du Comité, 15, rue Linné, à Paris.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs

Sommaire

Sur la faradisation utérine double ou bipolaire (1).

Par le docteur G. Apostoli.

L'expérience clinique a pleinement répondu à mes prévisions théoriques; depuis longtemps que j'emploie ce nouveau procédé, d'une façon exclusive, à ma clinique et dans mon cabinet, j'ai pu maintes fois constater par comparaison combien, d'abord, *il était préféré par les femmes*, par le fait seul qu'il diminue la douleur et qu'il est plus commode, et *combien il m'a paru avancer la cure de la métrite.*

Cette dernière considération réclame une justification que je dois vous donner.

Vous savez tous combien est différente la contraction des muscles à fibres lisses et celle des muscles à fibres striées; combien l'une est active et immédiate, et combien l'autre est souvent lente et paresseuse.

La contraction de l'utérus à l'état de vacuité a donné lieu à beaucoup de contradictions et à beaucoup de contestations qui ont eu encore un dernier retentissement dans les communications de *Dembo* et d'*Onimus* (Académie des sciences et Société de biologie).

La nier chez la femme serait, à mon avis, nier l'évidence, surtout quand on a électrisé beaucoup de femmes et que l'on a pu la saisir et la sentir manifestement au bout de la sonde.

Ce qui est incontestable, c'est la variabilité de la contraction au point de vue du temps et de l'intensité. Chez telle femme, il faut quelques instants pour l'obtenir; chez telle autre, elle arrive presque immédiatement; quant à sa force, à sa puissance, on observe les mêmes différences. — Voilà un premier fait clinique acquis.

Les expériences sur les animaux nous ont appris un autre fait fort intéressant, c'est que cette contraction a rarement lieu en masse comme pour les muscles à fibres striées; elle a lieu, pour ainsi dire, par places et progressivement; d'abord localisée au point d'application, et puis rayonnant plus ou moins, suivant l'intensité électrique, pour envahir l'organe tout entier.

De ce fait incontesté par tous les expérimentateurs, n'est-il pas permis, par voie de déduction à la femme, de tirer cette conséquence clinique, qu'en multipliant les points de contact du courant, on multipliera par cela même l'action électrique et qu'en concentrant les deux pôles dans cet organe, on aura ainsi réalisé le maximum d'action possible pour une dose donnée. Cette conclusion, que je me propose de démontrer par la voie expérimentale chez les animaux, la clinique paraît l'avoir pleinement justifiée chez la femme; aussi je crois que mon procédé est moins *douloureux* et *plus actif*.

Au sujet de la douleur, j'ai appris une chose que j'ignorais antérieurement et que je ne trouve signalée nulle part: il y a une différence absolue de *sensibilité électrique* entre le corps et le col de l'utérus. J'ai fait, en effet, maintes fois l'expérience suivante : chez une même femme, j'introduis d'abord ma petite sonde de façon qu'elle ne dépasse pas l'orifice interne;

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 28 octobre 1884.

elle est ainsi à cheval par ses deux pôles sur le col et elle ne s'applique pas directement sur le corps de l'utérus; je note la douleur provoquée par une dose donnée de faradisation et, séance tenante, sans rien changer à cette intensité, j'enfonce ma sonde dans le corps de l'utérus, de manière à ce que les deux pôles soient cette fois concentrés dans la cavité du corps. Le changement opéré est constant et immédiat; la douleur, qui était presque toujours assez vive pour le col, devient très tolérable et quelquefois nulle pour le corps; et si, inversement, on fait la contre-épreuve, en passant du corps au col de l'utérus, la sensibilité subit immédiatement un accroissement que la femme témoigne d'une façon plus ou moins énergique.

Ce fait est intéressant à plus d'un titre, et il impose l'obligation, pour avoir le minimum de douleur et le maximum d'action, d'enfoncer la sonde dans la cavité même de l'utérus toutes les fois qu'on le pourra.

Quant à l'activité plus grande de ce procédé opératoire, elle m'a paru manifeste, et cela se comprend, au surplus, puisque la dose employée est souvent le double de ce qu'elle était avec l'autre.

Dans le procédé de Tripier, la dose moyenne de faradisation est l'induction obtenue par l'engainement de la moitié de la bobine de l'appareil qui porte son nom. Très rarement j'ai vu les femmes supporter le maximum, et ici j'entends toujours le maximum de la bobine à *fil gros et court* ou du *courant de quantité,* le seul employé dans la thérapeutique de la métrite. Quant à la bobine à *fil fin*, elle a des indications et une tolérance toutes différentes.

Dans le procédé que je propose, c'est l'inverse qui se présente ; le maximum est souvent obtenu, et ce n'est que rarement, surtout quand la sonde est à cheval sur le corps et le col, que je me contente d'une dose moyenne.

Mais, me demanderez-vous, est-ce bien utile d'augmenter ainsi l'intensité électrique et de forcer la dose du courant induit ?

Je crois pouvoir vous répondre d'un mot que, si la faradisation utérine a eu quelquefois des échecs dans la cure de la métrite, elle le doit quelquefois à la posologie *trop faible* du médicament employé.

Pour ne citer qu'un exemple obstétrical, *l'inertie utérine*, et surtout l'*hémorrhagie utérine* seront plus heureusement influencées aux doses que je préconise qu'à celles employées journellement et qui, sous mes yeux, ont été quelquefois insuffisantes.

Voilà ma méthode. Sera-t-elle à l'abri de tout reproche? Tripier, qui ignorait mes recherches, lui en a fait, par anticipation, dans le livre récent qu'il vient de publier.

Voici son objection et ma réponse qui suit :

Après avoir décrit les différents procédés de faradisation utérine, il ajoute (*Leçons cliniques,* p. 99) :

« Il est encore un procédé de faradisation exclusivement utérine que je « vous rappellerai *sans vous le conseiller*.

« Dans certains cas de prolapsus, où l'engorgement du col était hors de « proportion avec celui du corps, et dans d'autres, où le relâchement de « l'orifice interne du col était très marqué, j'ai fait aboutir les deux rhéo- « phores à l'utérus, tantôt au moyen de l'excitateur double en forme de « sonde, tantôt au moyen d'un excitateur annulaire qui embrasse le mu- « seau de tanche, et dans la tige creuse duquel glisse un excitateur uté- « rin simple.

« Ce procédé offre l'inconvénient de donner à la malade des sensations « fort inégales. Les deux excitateurs étant très voisins l'un de l'autre, dans « un milieu baigné par des liquides, les courants sont facilement et inéga- « lement dérivés; de là des variations d'intensité d'autant plus marquées, « qu'en raison même de l'existence des dérivations il est toujours néces-

saire d'employer des courants énergiques. C'est là un défaut qui m'a con-
« duit à renoncer à cette manière d'opérer.

« Il n'est pas, en somme, d'indication de faire contracter l'utérus en tota-
« lité qui ne puisse être convenablement remplie par la faradisation *abdo-*
« *mino-utérine, sacro-utérine* ou *lombo-sus-pubienne*. Ces procédés ne sont
« pas ou sont peu douloureux (?), ils sont d'une exécution plus commode (?);
« enfin il ne m'est pas démontré que, comme rapidité des résultats obte-
« nus, ils soient sensiblement inférieurs à ceux que je viens de vous rap-
« peler sommairement. Aussi, après expériences faites des uns et des autres,
« vous donnerai-je le conseil de vous en tenir aux premiers. »

Mais sa réfutation ne s'adresse qu'aux deux instruments qu'il décrit et qui lui appartiennent; elle ne saurait atteindre le troisième, celui que je vous propose.

Les instruments de Tripier sont en effet essentiellement défectueux et expliquent largement leur abandon par les considérations qu'il vient de formuler et par les suivantes :

Le premier excitateur double en forme de sonde a le très grand inconvénient d'avoir les deux pôles dans l'épaisseur même de la sonde, en regard l'un de l'autre, se touchant presque à 1 ou 2 millimètres près; le courant doit donc y trouver des interruptions ou des variations incessantes pendant son application, tenant à la difficulté de la contention et de la fixation de la sonde; car, au moindre déplacement, un seul pôle sera en contact avec une paroi utérine.

Son second excitateur annulaire, dont un pôle embrasse le museau de tanche, a, de plus, le grand inconvénient d'être très douloureux, en raison de son application sur le col et de son contact possible avec le vagin.

Mon instrument, au contraire, a le mérite d'avoir ses deux pôles assez distants l'un de l'autre pour que toute crainte de variation ou d'interruption d'intensité électrique disparaisse, puisqu'ils sont échelonnés sur la longueur de l'instrument (1).

Pour augmenter l'action, j'ai fait construire plusieurs modèles de sonde où les pôles sont à des distances différentes et dont le calibre varie également.

Mon procédé pourra-t-il être toujours applicable? Je le crois, en prenant le soin de s'entourer de toutes les précautions que comporte et exige le sujet.

Ainsi, d'abord, nous devons, pendant tout le traitement, surveiller une grossesse possible et interdire toute relation conjugale.

Mais la grossesse elle-même ne contre-indique pas absolument la faradisation, comme je me propose de le démontrer plus tard; il y a même des cas où elle la réclame. La seule et grande attention qu'il faille apporter est dans la position de la sonde. *Il faut se garder de l'enfoncer dans l'utérus au delà de l'orifice interne.* Il faut la laisser dans le col et la tenir, pendant

(1) Je rapprocherai des excitateurs doubles de *Tripier* celui de *Duchenne* (*de Boulogne*), qui est passible des objections suivantes. Il se compose de deux tiges métalliques flexibles introduites dans une sonde à double courant qui les isole l'une de l'autre. Ces deux tiges sont terminées à leur extrémité antérieure par deux plaques qui viennent se placer sur les côtés de l'utérus. L'autre extrémité, au moyen de vis, est mise en communication avec les pôles de l'appareil électrique.

On voit donc que ce rhéophore est tout extérieur à l'utérus et qu'il ne peut s'appliquer que sur le col. Il pèche donc par la base, puisqu'il élimine toute action *intra-utérine*. Il a, de plus, l'inconvénient d'exiger l'emploi du spéculum, non seulement pour son placement, mais surtout pendant la séance de faradisation, pour éviter tout contact des pôles avec le vagin. C'est donc un procédé peu actif et souvent très douloureux; car, même en isolant le vagin en dehors de l'utérus sur le col, on n'est jamais sûr de ne pas intéresser en même temps un ou les deux culs-de-sac.

toute la séance, immobilisée avec l'aide de la main qui doit laisser l'index dans le vagin, appliqué sur la lèvre postérieure.

Dans quelques cas de *flexion très prononcée*, lorsque l'utérus se trouve pris dans une *gangue inflammatoire* et que tout déplacement devient douloureux et difficile, il est prudent de ne faire aucun effort pour essayer de pénétrer quand même dans l'utérus. *La règle générale et absolue est de s'interdire toute espèce de violence;* la faradisation, qui n'est ici qu'une sorte d'*hystérométrie thérapeutique*, ne donnera tous ses fruits qu'à ce prix.

La sonde doit être introduite, toujours sans spéculum, sur la face palmaire de l'index servant de conducteur et placé dans le vagin (1).

Il faut la tenir avec une légèreté extrême, ne l'enfoncer que *lentement, très lentement,* SANS AUCUN EFFORT, *et s'arrêter devant toute espèce d'obstacle difficile à franchir.*

C'est d'ailleurs là tout le secret d'une bonne hystérométrie.

Dans l'exposé que je viens de faire, j'ai passé à dessein sous silence les autres procédés de faradisation de Tripier appliqués aux *déviations* et *flexions utérines,* et qui sont la *recto-utérine* et la *vésico-utérine.*

Je n'ai eu aujourd'hui d'autre but que de vous entretenir du procédé opératoire appliqué au traitement de la métrite et dont les indications nombreuses se présentent aussi en *obstétrique* après la *délivrance.*

Pour me résumer d'un mot, j'ai voulu faire mieux en faisant *moins mal et plus vite.*

Procédé opératoire commun à la ligature des artères retro-pelviennes.

Les plaies artérielles de la région fessière ont une gravité que personne ne conteste : l'abondance de l'hémorrhagie, si l'on n'intervient pas, sa répétition, si l'on se borne à pratiquer la compression ou le tamponnement, peuvent provoquer un dénouement funeste. Les articles et les mémoires consacrés à la pathologie de la région fessière contiennent assez de faits de ce genre pour qu'il soit inutile d'insister sur ce point. La ligature du vaisseau lésé s'impose donc ici dans la majorité des cas.

Quant aux anévrysmes de cette région, s'ils sont le plus souvent guérissables par d'autres moyens que la ligature, ils peuvent néanmoins la réclamer. Dorveaux a réuni 50 observations d'anévrysmes retro-pelviens (Th. de Nancy, 1880. N° 103), et a vu que la ligature de l'artère malade a dû être faite douze fois. On arriverait probablement aujourd'hui à fournir un contingent moins respectable de ligatures pour des anévrysmes retro-pelviens, vu les ressources dont on dispose vis-à-vis d'eux; mais toujours est-il que la ligature trouvera encore quelques indications.

S'il est relativement facile de déterminer ses indications, autre chose est de préciser quelle est l'artère intéressée par la plaie ou par l'anévrysme. Est-ce la fessière? Est-ce l'ischiatique? Est-ce même la honteuse interne? La profondeur à laquelle se trouvent ces artères, recouvertes par une forte épaisseur de parties molles, le peu d'espace qui les sépare l'une de l'autre, la tuméfaction souvent considérable des parties molles voisines, le sang épanché, l'hémorrhagie, en cas de plaie, ne permettent pas toujours de poser un diagnostic bien précis sur le siège de la lésion. On soupçonne le plus souvent l'artère fessière d'être la source de l'hémorrhagie ou le siège de la poche anévrysmale, mais cela bien plus à cause de la fréquence relative des plaies ou des anévrysmes de cette artère qu'en raison même de la situation de la plaie ou de l'anévrysme. Tous les auteurs constatent cette difficulté du diagnostic, et les faits se chargent de la mettre en évidence.

Or, n'y aurait-il pas ici un avantage considérable à n'entreprendre la ligature de la fessière ou de l'ischiatique qu'à l'aide d'un procédé qui, mettant d'emblée à découvert toute la région profonde de la fesse, permette de découvrir à volonté, si cela est nécessaire, et sans avoir à modifier son procédé opératoire, les trois principales artères de la région, à savoir la fessière, l'ischiatique et la honteuse interne? Toute erreur relative au siège de la lésion sur telle artère plutôt que sur telle autre perdrait presque toute son importance; on n'aurait plus, en effet, à modifier son procédé opératoire, à recourir

(1) Les inconvénients du spéculum seront mentionnés dans mon livre de *Technique gynécologique*.

même à de nouvelles incisions, complication toujours fâcheuse à la région fessière, à cause de la profondeur et de l'étendue qu'il faut donner aux incisions, et à cause de l'hémorrhagie abondante qu'à la surface de chacune d'elles fournissent les nombreuses artérioles musculaires divisées. Je ne me laisse donc pas arrêter par l'anathème que semble jeter Malgaigne à ceux qui proposent de modifier l'incision des parties molles pour la ligature de l'artère fessière, quand il dit : « La direction de l'incision est à peu près indifférente, et l'on peut créer des procédés à bon marché. » Pour moi, au cas particulier, la direction de l'incision est tout, et constitue à peu près la seule modification que j'apporte aux procédés opératoires suivis jusqu'ici; elle me suffit pour découvrir les trois artères retro-pelviennes.

Il est facile de s'assurer que la ligne tirée par Diday du point le plus élevé de la crète iliaque (soit d'un point situé à 5 ou 6 centimètres en arrière de l'épine iliaque antéro-supérieure) à la pointe du coccyx, pour déterminer le point d'émergence de l'artère fessière, passe aussi à très peu de chose près sur les points d'émergence des artères ischiatique et honteuse interne. La fessière, le plus souvent représentée hors du bassin par ses branches, se trouve au niveau de la partie moyenne de cette ligne; l'ischiatique apparaît 3 centimètres plus bas, sur le trajet de cette même ligne; et la honteuse interne, un peu en dedans de l'ischiatique et sur un plan plus profond. Si donc, au lieu d'inciser les téguments et le grand fessier suivant une perpendiculaire à cette ligne, passant en son milieu, comme le voulait Diday, on se borne à inciser sur le trajet même de cette ligne, on découvrira forcément ces trois artères.

Le procédé opératoire qui permet d'arriver à ce but diffère donc de tous ceux qu'on a suivis ou proposés jusqu'ici par la seule particularité que voici : l'incision des téguments et du muscle grand fessier est faite sur le trajet même d'une ligne partant du point le plus élevé de la crète iliaque, soit de 5 ou 6 centimètres en arrière de l'épine iliaque antéro-supérieure, et aboutissant au sommet du coccyx. Cette incision, de 8 à 10 centimètres de longueur est faite de telle sorte que sa partie moyenne corresponde à la partie moyenne de la ligne précédemment indiquée, par conséquent au point d'émergence de l'artère fessière. Si c'est sur cette artère que doit porter la ligature, on la cherche dans l'interstice qui sépare le bord inférieur du moyen fessier du bord supérieur du pyramidal, et on l'isole, le tout d'après les règles connues et que je n'ai pas à reproduire ici. Si l'artère lésée ou malade n'est pas la fessière, les recherches se dirigeront du côté de l'ischiatique et de la honteuse interne. Or, ces deux artères se rencontreront à trois centimètres plus bas, sous le bord inférieur du pyramidal, sur le trajet même de l'incision déjà faite, non loin de son extrémité inférieure, que l'on peut même agrandir légèrement, si on le juge nécessaire.

Rechercher leur point d'émergence est chose facile. Il suffit, pour l'ischiatique, après avoir reconnu le bord inférieur du pyramidal, de glisser l'indicateur gauche sous ce bord, pour rechercher la saillie faite par le nerf sciatique, à direction oblique en bas et un peu en dehors, et toujours facile à reconnaître. La situation de ce point de repère étant déterminée, on rencontrera l'artère immédiatement en dedans du nerf, affectant la même direction que lui, mais située sur un plan un peu plus superficiel.

Quant à la honteuse interne, c'est un peu en dedans de l'ischiatique qu'elle se voit, accolée à l'épine sciatique qui est un guide précieux et bien connu pour la recherche de sa portion extra-pelvienne ; je n'insiste donc pas.

Tel est le procédé opératoire commun à la ligature des trois artères retro-pelviennes, et dont la simplicité et les avantages sont, à mes yeux, très importants. La simplicité de l'acte opératoire ne saurait être contestée : les points de repère sont faciles à trouver, et l'incision se fait sur le trajet même de la ligne qui les unit, chose toujours plus simple et plus commode que d'avoir à faire tomber en un point déterminé de celle-ci, et sous un certain angle, une nouvelle ligne, suivant laquelle seulement devra se faire l'incision des parties molles. La plaie est bien ouverte, ce qui manque dans les procédés où l'incision est faite parallèlement aux fibres du grand fessier ; elle est bien disposée pour une réunion facile des fibres divisées, mieux certainement que la plaie à lambeau fournie par les procédés de Marcellin Duval ou de Champenois, pour la ligature de la fessière.

Quant à l'hémorrhagie toujours assez abondante et très gênante que donnent les artérioles musculaires de la région, elle doit être réduite à son minimum, si nous nous en rapportons aux indications fournies par M. Farabeuf (*Dict. encyclop.*, art. Fessière). D'après lui, en effet, la partie la moins vascularisée du grand fessier est celle qui correspond à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen de ce muscle : or, qu'on veuille bien essayer de l'incision que nous proposons, et l'on verra si elle s'écarte beaucoup de la région indiquée.

Enfin, avec cette incision, et sans lui accorder une longueur sensiblement supérieure à celle qu'on donne à l'incision des parties molles dans les autres procédés de ligature des artères de la fesse, nous mettons d'emblée à nu la région sous-jacente au grand fessier, au moins dans ses parties qui correspondent aux points d'émergence des artères fessière, ischiatique, honteuse interne : de là une facilité bien grande pour rectifier, s'il le faut, le diagnostic du siège précis de la lésion artérielle et pour y remédier. On conçoit qu'il en soit tout autrement, quand le procédé opératoire suivi ne permet de découvrir que l'une des artères de la fesse à la fois. Honoré Chrétien.

BIBLIOTHÈQUE

Manuel pratique de médecine mentale, par le docteur E. Régis, ancien chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris, etc. — Paris, Octave Doin, éditeur; 1884.

Sous le titre modeste de *Manuel pratique de médecine mentale*, M. le docteur Régis vient de publier un volume de 600 pages environ, que je suis heureux de signaler aux lecteurs de l'*Union médicale*. M. Régis est un de nos confrères les plus laborieux ; il a déjà publié un grand nombre de travaux, dans lesquels il s'est révélé comme observateur ingénieux et original.

Ce nouveau livre est-il bien un simple Manuel? A bien des égards, cela n'est pas douteux, car il nous donne, brièvement résumées et clairement définies, les notions de pathologie mentale que nous pouvons considérer comme définitivement acquises, ou plutôt, pour être tout à fait exact, celles qui sont professées par son maître, M. le professeur Ball, dans son cours de la Faculté. Le Manuel sera donc indispensable aux étudiants qui suivent la clinique de Sainte-Anne, et que le hasard des examens pourra mettre en présence du savant professeur de clinique des maladies mentales. C'est ce qui lui donne, l'auteur l dit lui-même, un caractère quasi-officiel.

Mais M. Régis n'a pas ainsi limité sa tâche; il a tenu à donner sa note personnelle. Il en est résulté que ce simple Manuel se rapproche beaucoup d'un véritable *Traité élémentaire des maladies mentales,* et comme tel il tiendra sa place à côté de ceux que nous possédons déjà, et qui sont dus à Marcé, Dagonet, Luys, Ball, etc.

Seulement, si l'œuvre a gagné en envergure, il est arrivé, M. Régis devait s'y attendre, et il n'est pas homme à s'en effrayer, qu'elle prête davantage à la critique : beaucoup des questions abordées par lui n'ayant pas encore reçu leur solution définitive ; — d'autres qu'on croyait résolues, ayant été remises en discussion dans ces derniers temps.

Le Manuel est divisé en deux parties, l'une *théorique,* consacrée à la pathologie mentale proprement dite, l'autre *pratique,* consacrée aux applications pratiques de la pathologie mentale.

Dans la première partie, nous trouvons une série de chapitres consacrés à l'*historique*, à la *pathologie générale* de l'aliénation mentale (étiologie, diagnostic, marche, etc.) ; à la *symptomatologie générale*, c'est-à-dire à l'étude des éléments primitifs ou constitutifs de la folie; aux *classifications,* et l'auteur, après avoir passé en revue quelques-unes de celles que nous connaissons, n'a pu manquer de proposer la sienne, qu'il appelle modestement un simple *classement.* M. Régis admet deux classes d'aliénations mentales, les unes qu'il appelle *constitutionnelles* ou infirmités cérébrales (démence, idiotie, crétinisme, etc.); les autres qui sont les *aliénations fonctionnelles* ou *folies proprement dites*, parmi lesquelles il y a le groupe des *folies généralisées* ou *symptomatiques*, et celui des *folies partielles* ou *essentielles*. Enfin viennent les *folies symptomatiques* associées avec les divers états *physiologiques* ou *pathologiques* (folies hystérique, épileptique, alcoolique, etc.).

On sait combien est touffue cette première partie ; aussi l'auteur ne peut-il s'empêcher de considérer son livre comme « le plus substantiel et le plus complet de tous ceux qui « ont été publiés jusqu'à ce jour sur la matière. »

La seconde partie est consacrée aux applications de la pathologie mentale à la pratique. Elle est également divisée en deux sections, dont la première s'occupe du *traitement* des aliénés et de toutes les questions qui s'y rattachent, tandis que la seconde comprend tout ce qui est relatif à la *pratique médico-légale* de l'aliénation mentale.

Cette simple énumération donne l'idée de la peine et du travail qu'a dû s'imposer notre confrère pour condenser tant de matières dans l'élégant volume qu'a édité Doin. Il en sera récompensé, je n'en doute pas, par l'accueil que lui fera le public médical. Le livre de M. Régis ne s'adresse pas seulement aux spécialistes; il sera également utile aux médecins non familiarisés avec l'étude des maladies mentales. Tous, je pense, trouveront plaisir et profit à le lire. — J. Christian.

De l'hydrothérapie dans le traitement du goitre exophthalmique, par M. le docteur Greuell. — Nancy, 1883; Berger-Levrault.

Les trois observations qui font l'objet de ce mémoire sont relatives à deux cas classiques de maladie de Basedow et à un cas de goitre exophthalmique chez une hystérique. Les procédés hydrothérapiques, dont l'effet thérapeutique a été manifestement heureux, consistaient en applications sédatives, sous formes de douches bi-quotidiennes, mobiles, en jet brisé avec de l'eau à 13 ou 14 degrés et d'une durée de cinquante secondes. Elles étaient complétées par l'immersion dans la piscine.

Chez les malades pusillanimes ou très affaiblies, M. Greuell préfère avec raison l'emploi du drap mouillé, dont on renouvelle les applications plusieurs fois chaque jour. Ce moyen, facile à mettre en pratique, n'a peut-être pas le mérite d'être nouveau ; par contre, il a celui d'être efficace.

Le petit mémoire de M. Greuell est donc un témoignage précieux, venant d'un hydropathe aussi expérimenté, en faveur des bons résultats de la médication hydropathique judicieusement employée contre la maladie de Basedow. — Ch. E.

Notes de thérapeutique et de matière médicale, par MM. les docteurs P. Godin et Barberet. Paris, 1884; Ollier Henri.

Ce petit livre est conçu et rédigé dans un esprit pratique. Les auteurs, en publiant ces notes thérapeutiques, ont pour but d'éviter de longues recherches aux médecins praticiens et aux étudiants, en résumant dans une même page les indications thérapeutiques et le signalement des agents de la médication indiquée. Ce travail prendra place à côté des formulaires usuels qu'il complète, mais ne remplace pas. — C. L. D.

REVUE DES JOURNAUX

Du traitement de la fièvre intermittente par l'alun. — Cette médication a été naguère préconisée en Angleterre; aujourd'hui elle est, en Russie, l'objet de semblables tentatives.

Le docteur Ignatieff (de Moscou) a traité ainsi quatorze cas de cette maladie et a constaté que cette substance est infidèle et sans influence sur le volume de la rate; il faut l'employer avec persévérance, et pour en prévenir les inconvénients, l'administrer en solution dans l'eau. Ses effets ne sont donc pas comparables à ceux de la quinine. (*Meditz obozr*, fasc. X, 1884, p. 1030.)

Plus heureux, M. Petroff en a obtenu de bons résultats dans cinq cas de fièvres intermittentes rebelles et, en particulier, chez deux malades réfractaires à l'action de la quinine. (*Vratch*, 1884, n° 24.) Enfin, M. Koltchewsky, qui exerce dans un district où la malaria est commune, en a fait usage quinze fois contre des fièvres intermittentes quotidiennes et cinq fois contre des fièvres tierces. Deux fois seulement il en retira quelques bénéfices; dans les autres cas, les résultats furent négatifs. (*Vratch*, 1884, n° 25, p. 415, et *The London med. Record*, 15 oct. 1884, p. 438.) — C. L. D.

Des moyens thérapeutiques de diminuer les sueurs nocturnes des phthisiques, par Cauldwell. — Ces observations ont été faites à Saint-Joseph hospital, à la polyclinique de New-York et au Northwestern Dispensary. Les malades étaient soumis à la même médication générale: huile de foie de morue, hypophosphite de fer et de soude, cinchonidine et fer, quand aucune indication ne s'y opposait. On mit à l'essai les substances suivantes, en administrant chacune d'elles à des séries de quinze à trente-cinq malades.

L'*atropine*, en quantité suffisante, a bien diminué la transpiration; mais, par contre. elle provoquait de l'irritation pharyngée, de l'insomnie, de l'anorexie et de la diarrhée, Les sueurs reparaissaient dès qu'on en cessait l'administration.

L'*ergotine* n'a donné aucun résultat. Par contre, elle provoqua des nausées, des coliques et des troubles gastro-intestinaux. La *digitaline*, même à hautes doses, administrée sous forme d'extrait solide, ne fut pas efficace.

L'*aconit* agit d'abord favorablement, mais bientôt devient impuissant et les sueurs reparaissent. Tout autre fut l'action de la substance proposée par des écrivains anglo-américains sous le nom de *paracoto-bark*. Ses effets furent rapides et favorables dans un certain nombre de cas, surtout quand il existait de la diarrhée. Chez d'autres malades,

on n'en retira aucun bénéfice et on produisit de la constipation. La *salicine* a été impuissante et même nuisible, quand on la continuait durant plusieurs semaines, à cause de la débilitation générale qui suivait son emploi.

L'*oxyde de zinc* n'a donné que des résultats incertains. Enfin, la *picrotoxine* est de tous les médicaments celui dont l'action a été la plus favorable. Il diminuait les sueurs sans provoquer de débilitation, de troubles gastriques ou nerveux, même à doses élevées. En général, son effet persistait durant trente-six heures, quand on l'administrait en quantité suffisante. (*The N.-Y. med. Journal,* 27 sept. 1884, p. 342. — C. L. D.

De l'action physiologique de la kairine, par Morokhovez (de Moscou). — Ces expériences ont été faites sur le chien au moyen de l'hydrochlorate de kairine en solution à 6 pour 100.

Injectée dans la veine saphène à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme, cette substance produit des altérations du sang : déformation cupuliforme des globules, leur coloration brunâtre; présence de méthémoglobine à l'examen spectroscopique. Les muqueuses prennent une teinte cyanique; la sécrétion salivaire augmente, ainsi que celle de la bile, qui devient visqueuse et noirâtre. L'urine prend le même aspect et les réactions des pigments biliaires. Dix secondes après l'injection intra-veineuse de la solution de kairine et dix minutes après son introduction dans le duodénum, on note de la dyspnée, de l'abaissement de la tension sanguine et de la petitesse du pouls, que l'auteur, avec Schunnbert, attribue à l'atonie du muscle cardiaque.

En effet, quand la dose est toxique, cet organe est gonflé de sang, arrêté en diastole, et son arrêt précède celui des mouvements respiratoires. La respiration prend le type Cheyne-Stoke, mais la température ne s'abaisse guère que d'un demi-degré.

M. Morokhovez regarde la kairine comme une substance très avide d'oxygène, qui enlève ce gaz à l'hémoglobine, la transforme en méthémoglobine, diminue par conséquent l'oxydation des tissus, et conséquemment est contre-indiquée chez les individus en puissance d'affections pulmonaires, d'anémie ou de maladies du cœur. A l'appui de ces conclusions, il cite des cas empruntés à Neviadowsky et Schaternikoff, dans lesquels on observe du collapsus, de la cyanose, de la dyspnée cardiaque et même la mort. (*The Meditz. Oboszr.*, 1884, p. 928, fasc. 9, et *The London med. Record,* 15 oct. 1884, p. 421.)

C. L. D.

CORRESPONDANCE

Mon cher rédacteur en chef,

Puisque vous ouvrez vos colonnes à la discussion sur l'*internat des femmes*, permettez-moi une observation à ce sujet, ou plutôt à côté de ce sujet. Pourquoi les étudiantes, au lieu d'aspirer à l'internat en médecine, ne se présentent-elles pas à l'internat en pharmacie?

On ne peut songer évidemment à interdire l'étude et l'exercice de la médecine aux femmes, et il en est qui la pratiquent avec compétence et honorabilité. Mais tout le monde avouera que la pratique médicale et ses exigences ne conviendront jamais qu'à un très petit nombre d'entre elles.

En est-il de même de la pharmacie? N'est-ce pas au contraire une profession où elles pourraient rendre les plus grands services?

On ne leur niera par l'aptitude nécessaire pour acquérir les connaissances théoriques requises; l'étude, même approfondie, de la chimie et de la botanique ne soulève pas les mêmes objections que celle de l'anatomie ou de la chirurgie.

Quant à la pratique de cet art, n'est-ce pas une profession essentiellement sédentaire, qui permettrait à la femme de surveiller son intérieur, d'élever ses enfants, de remplir, en un mot, des devoirs que la femme-médecin est obligée de sacrifier?

Les femmes se plaignent que toutes les professions libérales leur soient fermées; la pharmacie ne leur offre-t-elle pas une carrière des plus honorables? Je crois savoir, d'ailleurs, qu'elles commencent à l'adopter en Angleterre.

Il n'est pas, je crois, jusqu'à la pharmacie elle-même qui n'y pourrait trouver son avantage. Les progrès de la fabrication en gros des produits chimiques, la vogue croissante des spécialités ont changé les conditions d'existence de cette profession; l'introduction des femmes diminuerait de beaucoup les frais généraux.

Quant aux questions de responsabilité, je ne puis croire les femmes inférieures aux

hommes pour l'exactitude, la ponctualité, la conscience. Qu'on leur donne des connaissances scientifiques égales, qu'on leur ouvre une carrière honorable et qui ne contrarie en rien leurs aptitudes naturelles, et je suis sûr que nous, médecins, nous pourrons les proclamer « sententiarum Facultatis fideles executrices ». D[r] X...

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1884.

Paris. — Vraiment les statisticiens ministériels y tiennent : de par leur autorité nous avons le choléra dans notre milieu parisien, puisque sur le dernier tableau hebdomadaire de l'épidémie, que publie le *Journal officiel*, le département de la Seine figure à côté de celui de la Seine-Inférieure et parmi ceux dont la population fournit victimes au bacille en virgule !

Quelle sollicitude de la santé publique ! Elle serait touchante, si le Bulletin de la statistique municipale de la ville de Paris, publication non moins officielle et possédant toute raison d'être bien renseignée, confirmait ces renseignements. Il n'en est rien ; il faut croire que les calculateurs officiels font erreur et prennent pour du choléra asiatique des diarrhées *ab ingestis* ou des cas de choléra nostras. Un de nos confrères de la presse médicale s'élève contre cet excès de zèle, au nom des intérêts commerciaux de la capitale. Soit ; j'admets cette inquiétude, bien que ma position non électorale me dispense de la partager. Il me semble que la question mérite d'être prise de plus haut. Au-dessus des intérêts respectables sans doute du bonnetier parisien, il y a autre chose : la confiance que l'étranger doit accorder à nos institutions d'hygiène et les mesures quarantenaires si sévères que lui inspirent ces contradictions. A un autre point de vue et en d'autre temps, le danger serait moindre ; mais pour nos théâtres, l'heure actuelle est celle des revues. Il y a moment d'opportunité pour un auteur à court de sujet. Après le *Médecin malgré lui*, attendons-nous donc au *Cholérique parisien de 1884* ou au *Cholérique malgré lui*.

Province. — Dans le Gard, les Pyrénées-Orientales, le Var et les Bouches-du-Rhône, on mentionne toujours quelques cas suspects, et à Marseille il y a eu 1 décès le 24 et 1 autre le 28 ; à Bessèges et à Molière-sur-Cèze, dans le Gard, des décès le 29.

Dans la Seine-Inférieure, le foyer cholérique d'Yport avait été mis en doute par quelques-uns de nos confrères de la presse. Il est pourtant réel ; on n'en peut douter après le rapport de M. Gibert, l'estimé médecin des épidémies de l'arrondissement du Havre : jusqu'à ce jour, on compte 19 cas et 8 décès dans cette petite commune.

Enfin, une dépêche du 29 octobre signale à Nantes quelques cas suspects dont la bénignité peut inspirer des doutes sur leur nature asiatique. Néanmoins, en les mentionnant, il faut noter aussi les mesures de précautions sévères que prend l'administration de cette ville.

Algérie. — L'épidémie est surtout limitée dans la province et à la ville d'Oran, où on a enregistré 13 décès du 24 au 29.

Étranger. — En *Italie*, l'atténuation est telle que, le 28 octobre, le Bulletin officiel du gouvernement mentionnait seulement 26 cas, dont 6 à Naples, et 21 décès, dont 17 dans cette ville. Du 24 au 28, la mortalité totale du royaume a été de 135 décès et la morbidité de 216 cas. — C. L. D.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE TOULOUSE PENDANT LE DEUXIÈME TRIMESTRE DE 1884.

Pendant ce trimestre, plusieurs mémoires importants ont été lus et discutés dans les séances de cette savante Société. Notre très estimé confrère M. Jougla a communiqué deux notes, l'une *sur un accident fréquent de la variole à la période de dessiccation*, l'autre *sur le doigt à ressort*. Le cas qui faisait l'objet de cette dernière communication n'était pas vulgaire. En effet, ce doigt à ressort était double et symétrique, et le malade lui-même, témoignage vivant de l'habileté d'observation de M. Jougla, avait été soumis au contrôle de la Société.

Dans la séance du 21 mai, M. d'Ardenne lisait une note *sur l'application du lavage de l'estomac à un cas de vomissements incoercibles de la grossesse*. Cette tentative instituée pour

combattre des accidents toujours opiniâtrément rebelles était légitimée par l'essai que naguère le même observateur avait heureusement fait de ce moyen contre les vomissements rebelles de l'état nerveux.

La malade, dont cette observation donne l'histoire, paraissait dans un état désespéré. On avait essayé en vain de toutes les médications; pendant les premiers jours, même le lavage ne procura pas d'amélioration notable. M. d'Ardenne n'en persista pas moins dans ses tentatives, et sa persévérance amena une réelle amélioration.

Cette femme était une névropathe et, avec cet état nerveux, possédait un état dyspeptique invétéré. Néanmoins un succès final couronna ces efforts.

Graduellement, le siphon stomacal et la sonde furent mieux tolérés, et la grossesse s'acheva heureusement. Notre savant confrère donne l'explication suivante de ces phénomènes. Sous l'influence du lavage, le jeu des vaso-moteurs s'est régularisé, la congestion de la muqueuse a diminué et la sécrétion glandulaire a repris son cours normal. Conséquemment, ce traitement n'est autre que celui du catarrhe gastrique et son efficacité s'expliquerait par une modification de l'irrigation sanguine de la muqueuse stomacale, par un changement dans la sécrétion de ses glandes et une stimulation des fibres musculaires de l'organe. Quel que soit le mécanisme de la guérison qui a été si manifeste, la tentative de M. d'Ardenne mérite d'être renouvelée, et l'initiative de ce traitement des vomissements incoercibles de la grossesse appartiendra tout entière à son génie inventif.

Une autre affection rebelle, le psoriasis, a fait l'objet d'un mémoire de M. Grellety, sous le titre de *Nouveau traitement du psoriasis par la traumaticine chrysophanique.* S'inspirant des médications de l'hôpital Saint-Louis et des opinions de M. Besnier, l'auteur conseille de modifier cette dermatose par le procédé suivant. Des bains et des savonnages préalables détergeant les placards de psoriasis. On les enduit ensuite, au moyen du pinceau, avec une solution de 10 grammes d'acide chrysophanique dans 80 grammes de chloroforme. Après dessiccation, cette surface est recouverte d'une couche isolatrice de traumaticine qui a pour effet de prévenir toute odeur.

Après plusieurs applications, les plaques s'atténuent et, en général, la guérison survient dans l'espace de trois ou de quatre semaines.

Les communications précédentes sont d'utilité clinique; la suivante touche à la police sanitaire. Elle a été écrite par M. Baillet, directeur de l'Ecole vétérinaire de Toulouse, *sur un cas de rage.* Les faits qu'elle mentionne sont de ceux dont la connaissance mériterait vulgarisation, car elle mettrait en garde contre des idées erronées trop généralement admises et donnerait raison aux règlements de police sanitaire et de prophylaxie.

La science pure n'est pas seule en honneur chez nos confrères de Toulouse. Ils ont le culte de la déontologie qui, il faut bien l'avouer, est réellement trop en oubli dans la plupart de nos Sociétés médicales. C'est assez dire le bon accueil que devait attendre l'allocution du sympathique président de la Société, dans la séance publique du 12 mai, où il s'efforçait de donner une spirituelle et excellente monographie du *médecin de la famille.*

Ce type est modeste, et diffère à coup sûr d'autres figures médicales souvent représentées : — « le médecin des villes et le médecin des campagnes; le médecin des dames et le médecin des enfants; le médecin des riches et le médecin des pauvres; le médecin des filles et le médecin des morts; le médecin savant et le médecin praticien; » — enfin, le médecin spécialiste, dont on multiplie aisément les genres, les sous-genres, les variétés et les sous-variétés.

Eh bien, le médecin de la famille a trouvé dans M. Armieux un habile portraitiste. Son esquisse faite à la plume mérite sympathie à la fois au modèle et à l'habile écrivain. Ce n'est pas, à coup sûr, un type nouveau; car c'est plutôt, fâcheusement, hélas! un type qui disparaît. En fixer les traits était conséquemment une bonne action, à une époque où les mérites du médecin intime de la famille s'oublient trop pour les qualités tapageuses des affamés de réclame et de clientèle.

D'une part, le fonctionarisme, on ne saurait assez le répéter, envahit de plus en plus la médecine; de sorte que le jour n'est pas éloigné où tout médecin sera plus ou moins fonctionnaire public. D'autre part, selon la sévère et sage remarque de l'éloquent orateur toulousain : « Le médecin de nos jours, entraîné par le tourbillon mondain, dévoré « par les ambitions politiques, n'a pas le temps de faire des observations philosophiques « ou des méditations sur la vie et sur la mort.

« Professeur émérite, il partage son temps entre son cours à préparer, son amphi- « théâtre ou son laboratoire d'expériences.

« Praticien recherché, il est absorbé par sa clientèle qui le poursuit la nuit et le jour, « et l'assiège dans son cabinet de consultations..... Le vrai médecin..... c'est le médecin

« ami de la maison; praticien modeste et instruit, qui ne fait pas parler de lui dans ce « monde, qui se contente du suffrage affectueux de quelques amis, et de la satisfaction « pure et sans mélange que lui donnent des cures heureuses. »

« Je désire, ajoute M. Armieux en terminant, que tous vos clients soient vos amis; tandis que je dis aux malades : si vous voulez guérir sûrement, que votre médecin soit vôtre ami. » Comment ne pas s'associer à ces paroles? Elles sont de celles qui honorent la profession médicale tout entière; la Société médicale de Toulouse avait donc bon motif pour les couvrir d'applaudissements, et je trouve satisfaction à les reproduire ici.

Ch. E.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 27 octobre 1884. — Présidence de M. Rolland

M. Bouley présente une note de M. S. Arloing, intitulée: *Nouvelles expériences comparatives sur l'inoculabilité de la scrofule et de la tuberculose de l'homme au lapin et au cobaye.*

« I. Un certain nombre de médecins et de chirurgiens, s'appuyant sur des considérations cliniques, admettent encore la dualité de la scrofule et de la tuberculose, tandis que la plupart des anatomo-pathologistes et des expérimentateurs réunissent ces deux affections en une seule espèce nosologique. Toutefois l'entente n'est parfaite ni dans un groupe ni dans l'autre.

« Comme nous désirons attirer exclusivement l'attention sur l'inoculabilité de ces maladies, on nous permettra de glisser sur les divergences qu'on peut relever chez les cliniciens et les histologistes. Si nous examinons surtout les travaux accomplis depuis que l'inoculabilité de la tuberculose a été démontrée, nous trouvons des expérimentateurs très déterminés à confondre la scrofule et la tuberculose. Cependant, si l'on parcourt les mémoires ou les notes publiées par Conheim, Schuller, Colas, Hip. Martin, Poulet et Kiener, Lannelongue, on rencontre quelques résultats qui autorisent des doutes sur les déductions absolues qu'ils ont tirées. Au surplus, un expérimentateur dont l'opinion doit avoir une grande valeur en pareil cas, M. Villemin, conclut à la séparation des deux processus. Malheureusement, au point de vue expérimental, cette opinion repose sur deux inoculations dont les suites ont été différentes.

« II. En étudiant avec soin les conditions dans lesquelles les expériences ont été faites, on s'aperçoit qu'elles furent variées et l'on conçoit, jusqu'à un certain point, la diversité des résultats que nous signalions plus haut. Il nous a donc paru important de refaire les inoculations comparatives de scrofule et de tuberculose, en tenant un compte rigoureux : 1° de l'origine du virus ; 2° de l'espèce sur laquelle on l'implante ; 3° du mode d'inoculation. Nous avons emprunté la tuberculose au poumon et aux séreuses, la scrofule exclusivement aux ganglions strumeux du cou, chez des sujets qui ne présentaient pas trace, cliniquement, de tuberculisation viscérale. Nous avons étudié la réceptivité du lapin et du cobaye pour chaque processus. Les matières à inoculer étaient réduites en pulpe, exprimées et filtrées, afin de pouvoir être injectées dans le tissu conjonctif sous-cutané ou dans le péritoine.

« III. Si l'on injecte sous la peau du lapin et du cobaye de deux à cinq gouttes de suc de tubercules vrais, on obtient toujours une tuberculisation viscérale chez l'un ou l'autre animal. Les résultats sont autres si l'on inocule le suc d'un ganglion strumeux. Le 20 janvier 1884, M. Cordier, chirurgien de l'hospice de l'Antiquaille, à Lyon, a l'obligeance de nous remettre un ganglion extirpé le jour même sur un jeune garçon de quatorze ans, offrant les signes cliniques de la scrofule pure et simple. Ce ganglion est caséeux au centre. Il est employé entièrement à la préparation d'un suc que nous inoculons à la dose de deux gouttes sous la peau de dix lapins et de dix cobayes. Or, à la date du 28 mars, tous les cobayes ont présenté des ganglions hypertrophiés, caséeux, et des tubercules dans la rate et le poumon; au contraire, les dix lapins n'ont offert aucune trace de tuberculisation viscérale ou ganglionnaire. Deux de ces derniers seulement ont montré, au siège de l'inoculation, un petit amas de fines granulations jaunâtres, quelques-unes caséeuses, indices d'une légère évolution locale du virus scrofuleux et de la résistance qu'oppose l'organisme du lapin à l'extension de ses effets.

« IV. Nous devions nous assurer si la différence de réceptivité que nous avons relatée entre le lapin et le cobaye se manifesterait encore après des inoculations intra-péritonéales. Le 19 avril 1884, M. Cordier veut bien nous adresser un second ganglion extirpé sur le même malade. Six lapins et six cobayes reçoivent deux gouttes de virus dans le péritoine. Les cobayes meurent ou sont sacrifiés du 11 au 22 mai ; tous présentent des lésions dans la rate, les ganglions épiploïques ou le ganglion de la scissure postérieure du foie. Les lapins sont sacrifiés le 6 juin ; tous sont dans un parfait état d'embonpoint ; la cavité abdominale est nette ; pas de pus, pas de tubercules ni de gonflement ganglionnaire.

« Dans deux circonstances où nous avons inoculé du pus de ganglions scrofuleux abcédés recueilli sur des individus dant l'état de santé excluait l'idée de tuberculose, le lapin et le cobaye ont toujours réagi de la façon sus-indiquée, c'est-à-dire que le cobaye s'est montré propre à la généralisation des processus scrofuleux et tuberculeux, tandis que le lapin s'est prêté seulement à l'évolution de la tuberculose vraie.

« V. Parfois, malgré les apparences, la lésion est tuberculeuse et infecte les deux espèces animales. Ainsi, dans une série d'expériences, sur cinq où l'on avait inoculé des fongosités articulaires, de la synovie de tumeur blanche, des lésions épiphysaires, nous avons observé la tuberculisation simultanée du lapin et du cobaye. Mais le fait le plus remarquable en ce sens est le suivant : quelques ganglions du cou enlevés à une jeune femme, qui n'offrait d'ailleurs aucun symptôme alarmant, infectent le lapin et le cobaye ; trois semaines après l'opération, cette femme était emportée par une tuberculose aiguë.

« VI. Les faits contenus dans cette note nous mettent en présence d'une double conclusion : ou bien la scrofule et la tuberculose sont des affections voisines, mais causées par des virus différents, ou bien elles dérivent d'un seul virus dont l'activité est modifiée plus ou moins dans la forme scrofuleuse. Nous poursuivons des recherches pour déterminer la nature des rapports qui peuvent exister entre les deux processus. Toutefois, tels qu'ils sont aujourd'hui, nos résultats légitiment la distinction maintenue par beaucoup de praticiens et permettent de poser expérimentalement un diagnostic différentiel important au point de vue clinique. »

FORMULAIRE

Mixture contre la diarrhée. — Bosley

Huile de ricin	12	grammes
Teinture d'opium	6	—
Teinture de rhubarbe aromatique	12	—
Mucilage de gomme	16	—
Hydrolat de menthe poivrée	100	—

F. S. A. Une émulsion, dont on fait prendre une cuillerée à café, aux enfants d'âge moyen, atteints de diarrhé. — N. G.

COURRIER

L'internat des femmes. — Il paraît que, malgré l'opposition formellement exprimée de la majorité des médecins et chirurgiens des hôpitaux, malgré les démarches faites par M. le professeur Hardy, président de l'Association des internes, et par MM. Moutard-Martin et Nicaise, délégués du Corps médical au Conseil de surveillance de l'Assistance publique, un arrêté préfectoral vient d'autoriser l'admission des femmes externes au concours de l'internat pour l'année prochaine.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs

Sommaire

Revue de clinique Médicale des Hôpitaux

DES CARDIOPATHIES CHEZ L'ENFANT.

DE LEUR PATHOGÉNIE, DE LEUR DIAGNOSTIC ET DE LEUR TRAITEMENT.

(Hôpital des Enfants-Malades. — Service de M. Descroizilles.)

Une série de petits cardiaques. — Ces cardiopathies ne sont pas maladie d'exception. — Rôle pathogène prépondérant du rhumatisme. — Chorée, rhumatisme, maladie du cœur. — Quelques caractères diagnostiques de ces cardiopathies. — Prédilection pour le cœur gauche et lieu d'élection sur l'appareil mitral. — Valeur des signes physiques. — Rareté des troubles fonctionnels. — Marche récidivante de la maladie. — Répétition des poussées rhumatismales. — Cardiopathies à forme bruyante et cardiopathies silencieuses. — Types mitral, aortique et mixte. — Considérations pronostiques : évolution régressive ou progressive ; état stationnaire. — Indications thérapeutiques.

S'il fallait entrer en matière par des considérations historiques, il serait aisé de mettre à néant la traditionnelle opinion d'après laquelle « le cœur ne devrait jamais devenir malade chez l'enfant », puisque les recherches de MM. Henri Roger et de ses élèves, de William Jenner et d'autres savants observateurs en ont fait bonne justice. En outre, cette tâche serait superflue, après les ouvrages aujourd'hui justement classiques de M. Cadet de Gassicourt et de M. Descroizilles ; je ne m'arrêterai donc pas à cette erreur.

Néanmoins, nombre de cardiopathies infantiles restent ignorées, méconnues ou négligées, en raison de leurs allures symptomatiques et de leur évolution différente des maladies du cœur de l'adulte. Elles échappent facilement à l'attention, de sorte que trop de bons esprits mettent encore en doute leur relative fréquence.

Ces cardiopathies ne sont pas maladies d'exception ; témoins les jeunes cardiaques actuellement en traitement dans le service de M. Descroizilles. A tenir compte seulement des cas les plus nets, ils sont là, en effet, cinq ou six petits malades de 5 à 14 ans, accusant les signes physiques de cardiopathies déjà confirmées, ou bien en voie d'instauration.

L'un, au n° 11, a 5 ans 1/2 : choréique actuellement, il est rhumatisé depuis longtemps déjà, à preuve les poussées articulaires dont il a maintes fois été atteint. L'exploration ne révèle ni troubles de la circulation périphérique, ni hypertrophie du cœur ; par contre, elle démontre à la pointe un souffle systolique, fort et prolongé à gauche. Ce rhumato-choréique est en évolution d'insuffisance mitrale, et, dès l'entrée, M. Descroizilles l'a soumis avec succès à la médication digitalique.

Le malade du n° 2 est plus âgé : il a 13 ans 1/2. Les manifestations rhumatismales ont moins nette apparence. A s'en tenir aux myalgies indécises, aux arthalgies douteuses et aux douleurs vagues qu'il éprouve, on considérerait ce malade comme exempt d'attaques rhumatismales, dans le sens communément attaché à ce mot. Néanmoins, le fils d'un père rhumatisant, il présente les signes physiques de maladie mitrale : souffle systolique à la pointe, légères irrégularités du pouls, quelque peu d'hypertrophie. Il est vrai aussi que les perturbations fonctionnelles manquent, malgré l'ancienneté relative de la lésion cardiaque. C'est là un rhumatisé devenu cardiaque.

Tel est encore le malade du n° 40 ; petit garçon de 8 ans 1/2 ; il a eu

naguère des douleurs articulaires médiocrement intenses, dit-il, négligées à coup sûr ou peut-être méconnues. On ignore ses antécédents héréditaires, mais il présente les signes physiques d'une insuffisance mitrale. Très probablement rhumatisé, ce petit malade est certainement un cardiaque déclaré.

Au n° 3, l'évolution de la maladie a été différente : l'enfant descend bien d'un rhumatisant; mais, jusqu'à ce jour, l'affection héréditaire n'a donné lieu ni à des manifestations articulaires, ni à des troubles choréiques. Il a les signes d'une insuffisance auriculo-ventriculaire gauche. La cardiopathie est, chez lui, la manifestation mitrale et jusqu'ici unique du rhumatisme.

Ces quatre malades, rhumatisants par acquisition ou rhumatisés par hérédité, sont donc en puissance d'une insuffisance mitrale. Ce sont des mitraux. Autre est la lésion cardiaque du garçon de 13 ans qui est couché dans le lit n° 36.

Il eut naguère une poussée de rhumatisme articulaire, suivie de récidives. Aujourd'hui, on constate l'énergie du choc précordial et on localise à la base du cœur, vers la troisième articulation chondro-sternale gauche, un double bruit de souffle audible dans les deux temps. La lésion siège donc sur l'appareil cardio-aortique, dont les valvules sont insuffisantes, et l'orifice sténosé; lésion rare chez l'enfant, mais sur laquelle M. Descroizilles a insisté dans son *Manuel de pathologie et de clinique infantiles*. Ici encore les symptômes fonctionnels manquent; c'est tout au plus si le doigt peut noter de l'augmentation des vibrations du pouls. Ici, enfin, la lésion locale, intéressante par sa rareté, n'en reste pas moins classique par le rôle pathogène du rhumatisme.

Ces cas sont nets. En est-il de même du suivant ? Il s'agit d'une jeune fille qui vient à la consultation. Elle a 9 ans, accuse de l'urticaire, des arthralgies et un souffle systolique à la pointe du cœur. Fille d'un père rhumatisant et cardiaque, elle a un frère atteint de palpitations de cœur; mais, malgré ces antécédents héréditaires, elle n'a jamais été traitée que pour des bronchites passagères dont la nature rhumatismale mériterait discussion. Sans franchir les limites d'une légitime interprétation, on peut donc déclarer que, rhumatisée par hérédité et en puissance d'endocardite du cœur gauche, cette enfant est en instance de cardiopathie définitive : l'insuffisance valvulaire mitrale.

Quelle est la signification de ces faits au triple point de vue de la pathogénie, du diagnostic et de la thérapeutique des cardiopathies infantiles?

Dans l'étiologie, et en présence d'enfants choréiques, rhumatisants ou cardiaques, on doit mettre sur la même ligne l'influence diathésique. Voilà une observation acceptée de tous; ce n'est donc pas parler de nouveauté que d'invoquer ici le rôle pathogène du rhumatisme et de faire de ces cardiopathies le testament d'une attaque de chorée ou bien d'une attaque de rhumatisme; peu importe dans l'espèce, étant donnée l'équivalence étiologique de la chorée et du rhumatisme. Ce sont donc là tous malades où, selon la classique expression de Bouillaud, « le cœur s'est comporté comme une articulation ».

Est-ce que d'ailleurs on n'a pas démontré par des chiffres l'aptitude des enfants rhumatisants aux localisations cardiaques ? Il est inutile de rappeler les rapports numériques des cardiopathies avec le rhumatisme infantile, que Fuller évalue à 30 p. 100, West à 61 p. 100, Picot et d'Espine à 78 p. 100, et M. Cadet de Gassicourt à 81 p. 100!

A quoi bon chercher une autre étiologie à ces cardiopathies infantiles ? La goutte, par exemple ? Ses manifestations n'appartiennent pas à cette période de la vie. L'athéromasie ? Elle indique la sénilité de l'âge, parfois une sénilité pathologique; elle n'est pas un état morbide de l'enfance. Les maladies des voies respiratoires ? Steiner en a parlé; mais les cardiopathies

d'origine pulmonaire sont conséquentes à des affections chroniques. Or, dans la pathologie de l'enfance, la chronicité de ces maladies est l'exception. Enfin, quand on a mis de côté l'influence plus manifeste des déformations osseuses de la cage thoracique et du rachitisme, on conclut, en bonne logique, à la coïncidence en quelque sorte fatale du rhumatisme avec les cardiopathies : tant il est vrai que l'enfant en puissance de rhumatisme est presque toujours sous le coup d'une complication cardiaque actuelle ou tardive.

En voici une autre preuve. Ces petits malades ont dépassé 4 ans. Or c'est à partir de cet âge que les manifestations du rhumatisme infantile sont plus fréquentes. Au-dessous, on peut hésiter ou invoquer des lésions congénitales, bien que même alors le doute soit souvent illégitime. Quand les cardiopathies infantiles sont congénitales, écrivait Maurice Raynaud, elles ont encore derrière elles le rhumatisme ; car ce n'est pas la lésion cardiaque, en tant que cardiopathie, mais la diathèse rhumatismale qui est héréditaire. On ne répétera jamais assez le prudent conseil que William Jenner donnait, en 1876, dans ses *Observations sur les maladies du cœur dans l'enfance :* « En « l'absence d'autres causes, cherchez le rhumatisme, quoique l'attaque « rhumatismale ait pu avoir une bénignité telle qu'on n'y ait pas fait atten- « tion. »

Les malades des lits n°s 2 et 40 témoignent en faveur de cette affirmation. Leurs premières manifestations rhumatismales ont été inaperçues ou négligées, et il a fallu les troubles cardiaques actuels, pour en apprécier l'existence et l'importance. C'est assez montrer l'erreur de celui qui jugerait de l'imminence des lésions cardiaques d'après la bénignité de l'agression rhumatismale, puisque ces cardiopathies sont plus fréquentes dans le rhumatisme mono-articulaire, ou plus exactement dans le rhumatisme pauci articulaire. Ici, encore, se trouve la vérification de cette remarque de M. René Blache sur l'absence de tout rapport entre la gravité des phénomènes généraux du rhumatisme infantile et celle des symptômes locaux.

Au point de vue clinique, ces cardiopathies ont aussi leur signalement. D'abord la fréquence des lésions cardiaques à cet âge donne tout droit de les soupçonner. Dans une série de 100 autopsies, M. Bouchut (1) a pu les rencontrer 90 fois. Il est vrai que cette proportion est très relative parce que dans nombre de cas vulgaires, elles disparaissent avec la maladie fébrile, dont elles sont une manifestation ; le cœur retrouve son intégrité.

Se sont-elles instaurées chroniquement ? Il n'en est plus de même. Et ici les endocardites rhumatismales ne font pas exception. Leur fréquence est en raison directe de l'âge peu avancé de l'enfant. Plus il est jeune, plus grande est la menace, plus rapide aussi l'agression. Conséquemment la symptomatologie de ces cardiopathies, comme leur pathogénie, devient presque une question d'âge.

Une autre de leur modalité clinique est leur évolution par des poussées, qui ne sont pas seulement récidivantes, mais bien encore aggravantes. On en juge par l'examen comparatif des petits malades de la salle Saint-Augustin. Le plus jeune a éprouvé une poussée unique ; la maladie cardiaque reste encore à l'état naissant. La lésion existe à coup sûr ; mais ses signes physiques n'ont pas la netteté de ceux que présente le malade du lit n° 36. Celui-ci a 13 ans ; il touche à l'adolescence, et, rhumatisant en multiples récidives, il a des lésions aortiques à marche ascendante. Il a subi la loi commune des cardiopathies infantiles ; à moins de circonstances favorables ou de soins hygiéniques heureux, sa maladie cardiaque d'origine rhumatismale restera une affection à répétition.

Ainsi donc, la lésion, une fois installée, appelle un nouveau travail morbide. Elle sollicite la récidive, et, dans cette progression, les intervalles de santé sont tout au plus des haltes de variable durée.

(1) *Clinique médicale*, 1884, p. 513.

Entrons dans l'analyse des symptômes. Chez tous les malades les lésions sont localisées sur le cœur gauche. Ce siège de prédilection possède sa raison d'être : les maladies du cœur droit succèdent en général aux affections pulmonaires de longue durée. Partant elles ne peuvent guère être celles de l'enfant : à cet âge, le temps manque pour leur installation.

Cette prédilection n'est pas la seule : habituellement l'altération rhumatismale prend choix sur l'appareil mitral ; dans la série des cardiaques de la salle Saint-Augustin, un seul est atteint d'altérations cardio-aortiques. Raison n'est pas donnée de ce fait dans les livres classiques. Est-ce à dire qu'il soit au-dessus de toute interprétation? Non, à coup sûr, quand on met en parallèle la pathogénie des cardiopathies aux diverses périodes de la vie. Celles de la maturité et de la sénilité sont des processus de dégénérescence ; or la maladie aortique possède d'intimes rapports de causalité avec l'athéromasie, état pathologique presque inconnu dans l'enfance. Par contre, les cardiopathies de l'enfance, hors les cas de syphilis, d'anomalies congénitales, ou de maladie de Bright, sont les aboutissants d'un processus aigu : l'endocardite. Les premières auront la tendance à se fixer sur l'appareil aortique, les secondes sur l'appareil mitral. Conséquemment ces lésions ont pour lieu d'élection l'appareil mitral, et très rarement l'appareil aortique, parfois l'un et l'autre, et il existe alors des cardiopathies du type mixte ou mitral aortique.

Les signes physiques dénoncent et différencient ces altérations. La plupart des malades précédents ont de l'insuffisance mitrale qu'accuse le souffle systolique de la pointe. Un seul, le n° 36, présente un souffle double à la base, indice d'une insuffisance aortique avec rétrécissement. Chez d'autres, la lésion initiale sera une insuffisance et un rétrécissement ; chez d'autres encore, elle coïncidera avec un rétrécissement ou une insuffisance aortique. Mais dans tous les cas les symptômes fonctionnels sont nuls, indécis ou peu marqués. Ces cardiopathies empruntent donc leur caractère aux bruits morbides, à leur siège, à leur nombre et à leur chronologie. Cette considération, est-il besoin de le dire, à son importance dans les cas douteux, ou bien pour le diagnostic de ces souffles avec ceux de l'anémie.

Ici d'ailleurs, comme dans la majorité des cas, les signes physiques sont le seul critérium pour le diagnostic du début. Ici aussi, malgré les lésions anatomiques, le myocarde conserve toute vigueur, et la circulation toute énergie. Les accidents gastro-hépatiques et pulmonaires font défaut ; l'irrigation sanguine et les capillaires ne sont pas modifiés : ce cœur périphérique, selon l'expression d'un illustre physiologiste, conserve sa puissance et son intégrité. Un cardiaque de l'âge adulte trahit par son facies sa maladie mitrale ou sa maladie aortique. Dans l'enfance, il en est rarement de même. Enfin, les troubles fonctionnels, quand ils surviennent, sont très tardifs, à preuve leur absence même chez le malade du n° 36, dont la cardiopathie date de plusieurs années.

D'après ces allures cliniques, on estimera sans peine les difficultés du pronostic. Voici des lésions valvulaires primitives : les symptômes aigus se calment ; c'est à peine s'il persiste une légère dyspnée ou un faible essoufflement ; la circulation périphérique est intacte ; il n'y a ni œdème, ni anémie. La cardiopathie restera-t-elle stationnaire? Subira-t-elle une marche régressive? Ou bien continuera-t-elle son évolution progressive?

L'état reste stationnaire ; l'enfant pourra vivre longtemps avec ces lésions. Cependant les chances seront moindres que chez les gens âgés ; le cœur grandit, et avec lui grandissent les altérations valvulaires. Telle est du moins l'opinion de William Jenner.

Y a-t-il marche régressive des lésions? La maladie rétrograde ; la résolution est graduelle, et, comme l'a écrit M. Cadet de Gassicourt, la guérison probable. Enfin, il peut en être et il en est trop souvent autrement. L'évo-

lution devient progressive; les poussées rhumatismales récidivent, ou bien des maladies intercurrentes se déclarent et les lésions s'aggravent.

Ce n'est pas d'après l'intensité des signes physiques qu'on pourra estimer l'accroissement de ces altérations. A cet âge, le cœur est bruyant; il a conservé son énergie; tandis que, chez l'adulte, il devient silencieux, parce qu'il est altéré dans sa structure. C'est à l'approche de ces troubles fonctionnels ou bien des menaces d'asystolie, si toutefois celle-ci se déclare, qu'on soupçonnera la prochaine échéance de la maladie mitrale Par contre, dans les cardiopathies aortiques de l'enfance, la mort subite terminera souvent la maladie.

La possibilité de terminaisons relativement heureuses, cette suspension du processus morbide dans l'état stationnaire, enfin l'éventualité d'une évolution régressive, imposent au médecin des devoirs thérapeutiques. M. Descroizilles est de ceux qui interviennent préventivement et curativement.

Préventivement : on a vu le repos amoindrir les troubles cardiaques des petits malades. De là l'indication d'éviter les exercices violents, les cris et les efforts. De plus, le régime sera tonique, et tous soins seront donnés pour écarter les causes occasionnelles de nouvelles manifestations rhumatismales.

Ce traitement est-il insuffisant pour prévenir les accidents et l'aggravation des altérations? On en appellera avec modération au régime lacté, aux diurétiques, aux révulsifs cutanés ou intestinaux. M. Descroizilles n'hésite pas, chez l'enfant, à prescrire la digitale sous forme de poudre à la dose de 3 à 6 centigrammes, ou bien de teinture par 10 à 15 gouttes quotidiennement. Malgré les différences originelles, cliniques et pronostiques de ces cardiopathies avec celles de l'adulte; malgré l'opinion de divers observateurs, la digitale conserve ici comme ailleurs tous ses droits thérapeutiques et son surnom mérité de quinquina du cœur.

Ch. Eloy.

BIBLIOTHÈQUE

Note sur une application de la méthode antiseptique au croup et a l'angine couenneuse, par M. le docteur Renou. — Angers, 1884; Lachèse et Dolbeau.

Ce mémoire a été communiqué à la Société de médecine d'Angers avant d'avoir la publicité de la lettre moulée. Notre estimé confrère propose de combattre la diphthérie en saturant de substances antiseptiques l'air respiré par le malade. La vaporisation serait le moyen et l'imprégnation antiseptique du malade serait le but de cette méthode.

Mais M. Renou, à l'inverse de tant de théoriciens, ne se borne pas à ces considérations; il a voulu pratiquement appliquer cette méthode, lui donner la sanction de l'expérience clinique, et, dans ce mémoire, il fait connaître les résultats de ses observations.

Quelle est cette méthode? La chambre du malade est chauffée entre 20° et 25°; un fourneau à pétrole maintient à la température de l'ébullition deux litres d'eau dans laquelle on verse toutes les trois heures une cuillerée à bouche d'une solution contenant par cuillerée : 5 grammes d'acide phénique, 2 grammes d'acide benzoïque et 1 gramme d'acide salicylique. Le malade est alimenté, soumis à la médication tonique et, au besoin, trachéotomisé. 18 cas ont été traités par cette méthode, et 16 fois M. Renou a obtenu la guérison : il s'agissait d'angine couenneuse et de croup avec ou sans trachéotomie. Ces résultats sont des plus heureux; mais, avant d'entrer dans la pratique usuelle, le procédé de notre confrère attend sa vérification par d'autres observateurs. En clinicien de bonne foi et de réel mérite, M. Renou a fait connaître sa méthode, dont il attribue l'efficacité à la puissance bien connue de l'absorption pulmonaire. Aussi, quelle qu'en soit la valeur définitive, elle témoigne de l'initiative ingénieuse de notre confrère et de l'activité scientifique des membres de la Société de médecine d'Angers. — C. E.

Du sevrage et de son étude comparative dans les différentes régions de la France, par M. le docteur Aubert. — Paris, 1884 ; Delahaye et Lecrosnier.

Le livre de M. Aubert a reçu les lauriers académiques, et c'était justice. En sa qualité de médecin militaire, notre honorable confrère a parcouru diverses régions de la France et a pu étudier avec de nombreux documents l'influence exercée par le sevrage prématuré sur les nouveau-nés. Son mémoire est donc un argument en faveur de l'application plus sévère et moins incomplète de la loi sur la protection des enfants dans le premier âge.

D'un pays à l'autre, les coutumes relatives au sevrage sont très différentes; parfois même elles ne se ressemblent pas dans les diverses parties d'un même département. En tout cas, comme le montre M. Aubert, jamais aucune règle ne paraît présider à l'hygiène de cette période de la vie infantile. Tout est abandonné au hasard et aux préjugés.

Dans le premier chapitre, l'auteur définit le sevrage et donne une énumération raisonnée des conditions d'un sevrage opportun pour les enfants qu'on allaite au sein ou au biberon, et pour ceux qui sont soumis à l'allaitement mixte. Le deuxième a pour objet de faire connaître les règles du sevrage et les accidents dont il peut être l'occasion. Dans le troisième chapitre, M. Aubert nous conduit dans les diverses contrées de la France, nous expose leurs coutumes, leurs usages, leurs traditionnels préjugés et termine par des conclusions dignes des méditations des économistes et de l'attention des administrateurs politiques du pays. Enfin, M. Aubert rend bonne justice à nos confrères qui acceptent la pénible fonction d'assurer la loi sur la protection de l'enfance et montre la nécessité, pour améliorer ce service, d'augmenter l'autorité des médecins.

C'est assez dire que ce livre a place aussi bien dans la bibliothèque du médecin que dans celle de la famille. — C. L. D.

Contribution a l'étude de l'électro-diagnostic, par M. le docteur Estorc. 1884; Delahaye et Lecrosnier.

La thèse de M. Estorc a pour but de donner l'exposé classique de l'exploration électrique des nerfs moteurs et des muscles à l'état physiologique et à l'état pathologique. Il est impossible, dans une analyse aussi succincte, d'énumérer tous les faits et tous les arguments que l'auteur signale ou discute. Ce serait passer en revue une bonne partie de la pathologie. Il étudie donc pratiquement les conditions dans lesquelles on observe l'exagération de l'excitabilité électique et ses modifications qualitatives : la réaction de dégénérescence. Celle-ci, en effet, méritait surtout l'attention, puisqu'elle met sur la voie des lésions siégeant dans la partie périphérique du système nerveux ou dans les cornes antérieures de la substance grise et qu'elle permet d'établir la gravité du pronostic. A ce point de vue, le mémoire de M. Estorc intéresse autant les praticiens que les physiologistes. — C. L. D.

REVUE DES JOURNAUX

Journaux anglais et américains.

L'universalité du choléra, par Moore. — La *Lancet* du 9 août 1884 publie un article sur la nosologie du choléra, dans lequel son auteur, le docteur Moore, chirurgien général en second, défend l'idée de l'universalité du choléra. Pour lui, le choléra existe en tout temps, depuis la simple diarrhée jusqu'aux formes les plus graves et les plus rapidement mortelles. Seulement c'est justement la variabilité des formes, des symptômes et surtout du degré de sévérité de la maladie qui fait que le choléra est méconnu dans toutes ses formes et considéré comme une maladie de gravité variable, alors seulement que sa symptomatologie se complète et s'accentue.

Le choléra n'apparaît point comme un fléau formant une entité isolée, fondant incontinent sur une population qui vit à distance du berceau originel de la maladie ; c'est la simple recrudescence d'une affection toujours existante, c'est le réveil à l'état aigu d'une situation latente sommeillant pour un temps sous des formes douces et d'un coup s'élevant aux manifestations les plus graves, aux symptômes les plus variables d'un sujet à un autre, d'une épidémie à l'autre.

L'auteur cherche d'abord à établir que le choléra, ou plutôt l'ensemble des accidents

qui le constituent, n'est pas une maladie de récente apparition. Allen Web, dit-il, a depuis longtemps émis l'idée que cette conception de l'origine récente du choléra à titre de maladie nouvelle, inouïe, — conception accréditée en Europe depuis 1832 et aux Indes depuis 1871 —, est pour beaucoup dans les mystères et les obscurités qui l'entourent ; l'auteur montre par des citations de Snohruta, Waigshoo et d'autres anciens auteurs que le choléra est aussi vieux que les Indes et la Chine (1).

Macpherson s'en réfère à Hippocrate et à Gallien qui décrivent une maladie très analogue au choléra moderne, et il démontre que le choléra dans l'une ou l'autre de ses formes a été décrit successivement par des auteurs européens pendant les XIVe, XVe XVIe et XVIIe siècles.

L'auteur apporte à l'appui de sa thèse de l'ancienneté du choléra quantité d'autres arguments très érudits dans lesquels nous ne le suivrons pas, mais d'où il résulte que le choléra était connu des anciens. La variété des descriptions qu'on en trouve tient précisément à la variété de la symptomatologie revêtue par la maladie dans ses apparitions. Or, pour l'auteur, une simple différence dans l'acuité des symptômes ne constitue pas une raison pour considérer les formes bénignes et les formes graves comme appartenant à deux maladies de nature différente.

Il y a des formes bénignes et des formes graves de catarrhe, de grippe, de scarlatine, de diphthérie, de typhus, etc., et quelquefois assez légers sont les cas pour rendre le diagnostic incertain; toutefois, la nature de l'affection étant reconnue, personne ne se refuse à la rattacher à l'affection type sous le prétexte que les symptômes sont bénins et que la symptomatologie du cas en considération est incomplète. Une pareille largeur de vue doit être mise au service de l'interprétation de la nature morphologique du choléra. Alors seulement on sera en situation pour l'apprécier réellement et reconnaître que le choléra est une maladie de tous les temps et de tous les pays, bien que ne se manifestant pas partout et toujours avec le même degré de violence. Alors on renoncera aux futiles efforts tentés en vue de tenir le choléra éloigné par les quarantaines; alors on abandonnera l'idée erronée que celui-ci nous vient des Indes; alors on sera en mesure d'approprier plus étroitement et plus efficacement les efforts incohérents tentés en vue d'éloigner le choléra à la teneur de l'axiome suivant : « L'incidence du choléra est d'autant plus menaçante que les localités sont plus insalubres. » (*The universality of cholera, the Lancet*, 9 août 1884.) — L. Dn.

Infection syphilitique par la lymphe vaccinale. — On lit dans le *Journal of the American medical Association* : Le docteur Cory, de Londres, cité par le *London medical Record*, vient d'expérimenter sur lui-même l'inanité de la croyance assez répandue que la lymphe vaccinale d'un enfant syphilitique, si cette lymphe est pure de tout mélange avec le sang, est dans tous les cas incapable de conférer la syphilis du sujet vaccinifère au sujet vacciné.

Les tentatives si courageusement entreprises par le docteur Cory ont eu pour témoins les membres d'un Comité constitué à cet effet et composé des célèbres Jonathan Hutchinson, docteur Bristow, G.-M. Humphry et Ballard (2).

Trois tentatives successives ne réussirent pas à contaminer l'organisme, bien que tous les enfants vaccinifères portassent des traces évidentes de syphilis héréditaire. La première inoculation eut lieu en 1877 ou 1878, la quatrième et dernière en 1881.

Le 6 juillet de l'année 1881, le docteur Cory se fit vacciner avec la lymphe parfaitement pure de tout mélange avec le sang et tirée d'une pustule vaccinale du bras d'un enfant présentant une éruption syphilitique dans le voisinage immédiat de sa pustule.

Le vaccin ne prit pas; mais, au vingt-unième jour, le 26 juillet, le docteur Cory observa que deux des trois piqûres étaient devenues chacune le siège d'une papule rouge. Le 10 août suivant, les docteurs Hutchinson et Humphrey virent le bras et se prononcèrent pour le caractère syphilitique des papules. Ce qui survint confirmant la justesse de leur diagnostic, il fut dès ce moment établi que l'inoculation de la lymphe vaccinale d'un syphilitique était capable de conférer la syphilis à l'inoculé. Dès que le diagnostic de MM. Hutchinson et Humphry eût été établi, le trente-sixième jour après l'inoculation, le docteur Cory fit procéder avec toutes les précautions voulues à l'excision des papules. Malgré tout, le 31 août apparut une roséole dont les taches se montrèrent au front, sur les tempes, à la partie postérieure du cou, derrière et audessous des oreilles, à la partie inférieure de l'abdomen.

Ces expériences sont de nature à stimuler l'attention des médecins dans le choix de

(1) *Pathologica Indica.*

(2) Supplément du douzième compte rendu annuel du *Local government Board.*

leurs sujets vaccinifères, et même à leur faire donner la préférence au vaccin de génisse; d'autre part, elles plaident contre l'efficacité préventive attribuée à l'excision du chancre comme traitement prophylactique. (*Journal of the American medical Association*, sept. 1884, et *The London medical Record*, 1884.) — L. Dn.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1884.

Le choléra à Nantes.

Vendredi dernier, nous signalions à cette même place, l'invasion du choléra à Nantes, et nous constations le silence officiel de l'administration sur les débuts de la maladie. Aujourd'hui encore, avec une sollicitude toute maternelle sans doute pour la nature émotive du peuple français en général et des citoyens nantais en particulier, cette dernière continue obstinément de se taire. Tant de discrétion n'a pas de raison d'être. En outre, à entendre les rumeurs lugubres dont l'écho vient jusqu'à Paris, on dirait, à n'en pas douter, qu'on cherche par cette attitude à provoquer la frayeur dans cette population de 100,000 habitants.

La municipalité nantaise ne fait donc pas fonds sur le courage de ses administrés. Singulier respect pour des concitoyens dans un temps et un pays de démocratie! A moins qu'elle ne prenne exemple ou reçoive ordre de l'autorité centrale; auquel cas M. Rouvier continuerait les pratiques du ministère défunt de M. Hérisson! Nous nous associons donc aux protestations de nos confrères de la presse politique contre ce mutisme sans raison, cette dissimulation obstinée de la vérité, ces visites de commissaire de police dans les bureaux des journaux locaux, toutes pratiques autoritaires d'époques et de régimes disparus.

En tous cas le choléra continue, modestement d'ailleurs, à évoluer dans les quartiers malsains et pauvres de la ville. Il y aurait donc lieu, peut-être, comme au début du choléra toulonnais, de chercher le motif de cette réserve officielle dans les conditions d'insalubrité contre lesquelles des voix autorisées protestèrent souvent, mais toujours sans succès.

Le premier cas a été foudroyant; il date du 24 octobre, et c'est celui d'une jeune fille habitant le quartier du Marefix, dans un garni, de sorte que, dès le début, on a pu légitimement supposer une importation de la maladie. Le lendemain, un autre cholérique succombait rapidement.

Depuis le 24 octobre jusqu'au 31, on a mentionné 21 cas, tous asiatiques, dit-on, et presque tous terminés par la mort. Ces informations, que nous avons lieu de croire exactes, méritent vérification, ce qui est impossible en l'absence de communications officielles. — Le 31 octobre, le *Phare de la Loire* indique deux décès suspects sur une morbidité totale de dix personnes; mais à cette même date, il ne dit pas qu'il y avait quatre entrées à l'hôpital.

Toutes les victimes habitent les quartiers pauvres et populeux de Marchix, des Ponts et de Richebourg. Ce sont, pour la plupart, de pauvres journaliers débilités par les excès ou l'alcool, de misérables ouvrières ou des enfants cachectiques.

Les Salorgues, partie contaminée de la ville, avoisinent les quais de l'extrémité de Nantes, la basse Loire, surtout le cours inférieur et l'embouchure de la Chézine. Il y a beau temps que nos distingués confrères nantais ont démontré l'insalubrité de ce ruisseau qui, par le développement industriel, est devenu l'égout collecteur des eaux résiduaires d'huileries et de savonneries importantes. Son assainissement était d'urgente nécessité, d'autant plus que, recouvert sur une grande partie de son parcours, il coule sous des rues et des habitations.

Il me semble difficile à l'autorité de persister encore longtemps dans un mutisme sans raison, après les mesures de désinfection publiquement prises, les cas foudroyants observés sur des voies publiques fréquentées, la défense aux enterrements suspects de pénétrer dans l'église, l'organisation d'un service médical de nuit et enfin la délivrance, depuis le 30 octobre, de patentes brutes aux navires quittant le port! toutes mesures de sagesse, mais qui seraient sans motif si le choléra nantais était une mystification. — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 octobre 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

Sommaire : Rapport sur un travail contenant deux observations d'ectrodactylie. — Communication relative à diverses observations de ligatures d'artères dans la continuité.

M. Berger fait un rapport sur un travail de M. le docteur Guermonprez (de Lille). Il s'agit de deux cas d'ectrodactylie. Le premier a pour sujet un instituteur dont la main droite a la forme d'une pince de homard : elle se compose de deux doigts seulement, le pouce et l'auriculaire, composés : le pouce, d'une seule phalange longue et portant un ongle; l'auriculaire, de deux phalanges, la deuxième et la troisième. Ces deux doigts sont très mobiles et permettent l'exécution de mouvements très variés. Ces mouvements cependant sont gênés par la présence d'un métacarpien intermédiaire placé dans le fond de la fourche. Le second est un cas d'ectrodactylie et d'ectropodie double présenté par un saltimbanque dont les deux mains et les deux pieds offrent cette même disposition en fourche.

Les faits de cette nature ne sont pas rares, et M. Berger mentionne les noms des auteurs qui en ont fourni le plus d'exemples. Parmi eux, Morel-Lavallée en a fait une étude spéciale. Ces deux cas mêmes ont été mentionnés par lui. Si M. Berger y revient, c'est pour attirer l'attention sur quelques détails omis par cet auteur et pour présenter à la Société des moulages parfaitement exécutés.

Le saltimbanque dont il vient d'être parlé avait mis à profit son infirmité; il jouait de la flûte et avec une dextérité que n'eût guère pu faire supposer l'état de ses mains. A la main droite, il y avait ankylose des phalanges du pouce ; cette ankylose n'existait pas à la main gauche. Quant aux pieds, celui de droite présentait deux métatarsiens internes mobiles et trois métatarsiens externes, mais réunis en deux branches pour former la pince de homard. Le squelette n'était pas intéressé par cette syndactylie. Celui de gauche présentait la même disposition, mais de plus le métatarsien interne était surmonté d'un très gros orteil bifide.

A ces observations, M. Berger en ajoute une de polydactylie simple sur un homme âgé. La main droite présente un pouce normal, un index et un médius réunis par une palmure n'intéressant pas le squelette ; de plus, le médius supporte un doigt surnuméraire assez petit ; enfin le quatrième et le cinquième doigts sont en syndactylie, mais avec squelette indépendant. — La main gauche est normale jusqu'au médius ; l'index porte un doigt supplémentaire et le pouce ankylosé est recourbé sur la paume de la main.

M. Berger incline à croire que dans tous ces vices de conformation il y a ankylose comme dans ce dernier cas. De plus, il est fort possible, et le fait, selon lui, mérite qu'on y prête attention, que ces difformités surviennent à la suite de frayeurs éprouvées par la mère pendant la grossesse. C'est ainsi que le saltimbanque dont il a été parlé plus haut avait entendu dire à sa mère que dans le commencement de sa grossesse, poursuivie par son mari qui tenait une écrevisse à la main, elle fut prise d'une grande terreur qui eut une influence fâcheuse sur l'enfant qu'elle portait. De même le dernier individu cité présentait à la paume de la main une peau rétractée qui ressemblait à s'y méprendre à d'anciennes brûlures. Cet homme racontait que sa mère, étant grosse, avait vu son oncle se brûler fortement et en avait ressenti une grande frayeur.

Ces faits et tant d'autres qui ont cours dans le public méritent mieux que l'indifférence. Pourquoi refuser tonte influence au système nerveux surexcité de la mère sur le développement de l'enfant ?

M. Berger ajoute aux cas de malformation précédents une observation faite sur un individu privé de radius. Le cubitus était directement articulé avec la trochlée de l'humérus. Ces deux derniers os étaient plus courts qu'ils ne sont dans le bras normal ; le cubitus ne mesurait que 25 centimètres. La main était fortement déjetée sur le côté; elle présentait quatre doigts sur le bord radial et une éminence hypothénar bien marquée. Le pouce, au lieu d'être supporté par un métacarpien, ne reposait que sur un petit pédicule charnu. C'est du reste la règle lorsque le radius fait défaut, le pouce est atrophié. Ces observations d'absence du radius sont rares, et M. Berger n'en connaît que peu d'exemples.

M. Guermonprez a tiré de ses observations des conclusions chirurgicales qui ne paraissent pas admissibles. Il est d'avis que, lorsque par suite d'accidents les trois métacarpiens moyens seront mutilés, il faut désarticuler les os jusqu'au carpe.

Cette opération n'est pas avantageuse, car elle favorise la suppuration du carpe, elle n augmente pas la mobilité du premier métacarpien, et le cinquième, qui a besoin d'être soutenu, sera animé de mouvements trop étendus. La chirurgie actuelle, qui est surtout conservatrice, s'oppose à une pareille opération.

M. Guéniot tient à faire quelques réflexions au sujet des effets des impressions morales sur les malformations intra-utérines. Certes, il est toujours mauvais pour la mère d'avoir des terreurs qui peuvent engendrer de petites hémorrhagies dans l'œuf naissant, surtout dans les premiers temps de la grossesse. Mais ce qui n'est pas admissible, c'est que des frayeurs déterminées puissent produire des déformations déterminées. C'est à peine s'il peut trouver un seul exemple de cette concordance.

En résumé, les impressions physiques et morales peuvent avoir des effets nuisibles, mais un retentissement dans le sens de la terreur ne se comprend pas.

M. Lucas-Championnière ajoute quelques mots à l'appui de l'opinion émise par M. Guéniot. La plupart des frayeurs sont signalées après le troisième mois de la grossesse. Or, à cette époque, elles ne peuvent plus avoir la moindre influence sur l'enfant.

M. Trélat est de l'avis de MM. Guéniot et Lucas-Championnière; il fait, de plus, remarquer que l'individu dont il a été parlé « avait dit à M. Berger que sa mère lui avait dit qu'elle avait eu une frayeur »; or, de pareilles influences sont trop peu tranchées et trop peu faciles à vérifier pour qu'elles puissent être admises comme réelles. Quant aux absences du radius, elles sont moins rares que ne le dit M. Berger; pour son compte, M. Trélat en a trois observations.

A la suite de cette discussion, les conclusions du rapport de M. Berger sont mises aux voix et adoptées; savoir : 1° adresser une lettre de remerciements à M. Guermonprez; 2° inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

— M. Cras, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine navale de Brest, membre correspondant, communique un certain nombre d'observations de ligatures d'artères qu'il a pratiquées dans la *continuité*. Ces ligatures ont porté sur la radiale, la cubitale, l'humérale, la sous-clavière, la carotide primitive, l'iliaque externe. La guérison a été obtenue dans tous les cas. Tout en signalant les objections faites en Angleterre et en Amérique au sujet de la valeur du catgut appliqué à ces ligatures, l'auteur déclare qu'il reste fidèle à ce mode particulier.

Parmi ces observations, il croit devoir plus particulièrement signaler celles qui ont trait à la ligature de la carotide primitive, de l'iliaque externe et de la sous-clavière, à cause de l'intérêt clinique qu'elles présentent.

La ligature de la carotide primitive a été pratiquée pour remédier à des hémorrhagies secondaires consécutives à un coup de corne de vache reçu dans la région des carotides secondaires du côté droit.

Il s'agit d'un homme de 55 ans, cultivateur à Commana (Finistère), qui, le 17 septembre 1883, reçoit un coup violent de corne de vache en arrière de l'angle de la mâchoire inférieure (côté droit); de la plaie produite par la pointe de la corne s'échappe un jet de sang très abondant qui finit par s'arrêter dans une compression énergique pratiquée par le malade lui-même.

Le docteur Leconte (de Landivisiau), appelé en toute hâte, explore la blessure, constate que la corne a traversé l'amygdale, que les carotides battent au fond de la plaie et que la faciale est divisée. Il pratique la ligature du bout central et embrasse le bout périphérique dans une ligature médiate.

Le 7 octobre, vingt jours après l'accident, au moment où la réparation de la plaie paraissait en bonne voie, se déclare soudainement une hémorrhagie abondante. Le sang qui sortait par l'amygdale s'arrêta spontanément avant l'arrivée du docteur Leconte. Celui-ci prescrivit le tamponnement de la bouche avec des boulettes de charpie imbibée d'une solution de perchlorure de fer, dans le cas où l'hémorrhagie se reproduirait. Une deuxième hémorrhagie, survenue quelques heures après, fut arrêtée par ce moyen. Le malade, accompagné de son médecin, vint à Brest se confier aux soins de M. Cras.

Dans la nuit du 9 au 10 octobre, nouvelle hémorrhagie; M. Cras, appelé en toute hâte, trouve le blessé assis sur son lit, très pâle et ayant perdu plus d'un litre de sang dont il avait suspendu à grand'peine l'écoulement en se bourrant la cavité buccale de charpie imbibée de perchlorure de fer et maintenue par la pression des maxillaires.

M. Cras se trouvait, au milieu de la nuit, dans une auberge, sans autres aides que l'aubergiste et sa femme, en face du malade dont la respiration était horriblement gênée par le tamponnement improvisé.

Ayant exploré attentivement la région carotidienne, il constata que l'induration des tissus ne lui permettait pas d'atteindre la carotide primitive par la pression des doigts. La carotide externe lui paraissant hors de cause, il conclut de la rapidité et de l'extrême abondance de l'hémorrhagie à une érosion de la carotide interne que la pointe de la corne avait effleurée sans doute. La plaie externe n'avait fourni aucun écoulement sanguin.

Il se décida pour la ligature de la carotide primitive, séance tenante, ou, du moins, à pratiquer une incision méthodique assez profonde pour permettra de comprimer facilement le tronc de l'artère.

Débarrassant la bouche d'une partie du tampon qui la remplissait, éclairé par l'hôtelier, sa femme et un voisin, il pratiqua l'incision de la peau, en commençant au niveau de l'angle inférieur de la plaie. Décollant ensuite le sterno-mastoïdien, malgré l'induration inflammatoire des parties, il parvint, en procédant avec la plus grande circonspection, à sentir avec l'index les battements de la carotide primitive. Elle était à une grande profondeur; on voyait la veine jugulaire interne s'aplatir sous le doigt pendant l'inspiration et se gonfler démesurément pendant l'expiration. L'écartement des parties molles était rendu fort difficile par l'inflammation chronique. M. Cras n'osait pas débrider. Il avait la carotide sous ses yeux à certains moments, elle était complètement séparée de la jugulaire, et il *s'acharnait* à vouloir la charger, malgré l'insuffisance des aides qui l'entouraient. En définitive, il dut renoncer à accomplir ce dernier temps dans la crainte de saisir le pneumogastrique ou de blesser la jugulaire interne. Il remplit la plaie d'un tampon d'ouate phéniquée et se retira, après avoir indiqué à l'hôtelier la manière d'exercer une compression directe sur l'artère en cas de nouvelle hémorrhagie.

Le lendemain, le malade ayant été transporté d'urgence à la salle de clinique chirurgicale de l'hôpital de Brest, M. Cras passa autour de l'artère un fil de catgut n° 3, après avoir débridé le muscle sterno-mastoïdien induré et sectionné l'omoplato-hyoïden à son insertion supérieure; ce qui dégagea le temps d'opération. La gaine carotidienne était considérablement épaissie, formant un fourreau dense autour du vaisseau; elle résistait à l'action des pinces et dut être incisée sur la sonde cannelée.

La striction du fil ne provoqua aucun vertige, aucune modification des pupilles, la temporale droite cessa immédiatement de battre. M. Cras se contenta d'appliquer deux points de suture à l'angle supérieur. Les bourgeons charnus de la première plaie furent grattés avec la curette tranchante, et la surface, badigeonnée avec le chlorure de zinc au 1/10. Un drain fut placé à l'angle inférieur et, pour ne pas être obligé de le déplacer, on introduisit dans la cavité un drain plus petit qui permit de le désobstruer facilement. Pansement phéniqué; suites favorables; pansement renouvelé le 13 octobre; pas d'inflammation des bords de la plaie; troubles cérébraux sans fièvre (*fourmillement cérébral*) de courte durée; température normale jusqu'à la fin.

Le blessé sort de l'hôpital un mois après l'opération, avec un petit trajet fistuleux à l'angle inférieur qui s'oblitère au bout de quelques jours. L'opéré, revu par M. Cras il y a quelques jours, continue de jouir d'une santé parfaite.

Dans l'observation de ligature de l'artère iliaque externe, il s'agit d'une dame de 54 ans qui avait eu, il y avait cinq ou six années, une fracture sous-trochantérienne du fémur, consolidée sérieusement avec un raccourcissement de 6 à 7 centimètres.

Au moment où M. Cras la vit en consultation, un anévrysme inguinal énorme s'était développé. Sans pouvoir préciser le siège exact de l'anévrysme, il supposa que la circonflexe interne en avait été le point de départ. La cuisse, à sa partie supérieure, mesurait 60 centimètres de tour, la tumeur surplomblait l'aine.

La ligature de l'iliaque externe fut pratiquée le 16 août 1883; un fil de catgut n° 3 fut appliqué sur l'artère grosse comme le doigt annulaire. Les battements, le souffle disparurent; la réunion par première intention s'effectua sauf sur le trajet du drain qui devint grisâtre. Au bout d'un mois la cicatrisation était complète; la tumeur s'était affaissée et la cuisse à sa partie supérieure ne mesurait plus que 46 centimètres. La guérison s'est maintenue, les douleurs ont disparu, mais le membre est resté un peu estropié. La circulation collatérale s'est rapidement rétablie, et actuellement on peut sentir sur le trajet de la circonflexe iliaque un cordon volumineux qui bat énergiquement. Les battements de l'iliaque externe sont supprimés dans l'étendue de trois travers de doigt au-dessus de la ligature. On perçoit bien quelques battements énergiques

au-dessous de l'aine, ils paraissent dépendre du soulèvement de la fémorale par le fragment supérieur porté en dedans.

L'observation III est relative à un cas de ligature de la sous-clavière pour un anévrysme diffus de l'épaule et de l'aisselle développé à la suite de la réduction d'une luxation de l'épaule. Le succès a été complet. La lésion est rare et la guérison exceptionnelle, car sur 35 cas recueillis par M. Cras, on ne compte que 4 succès, tous obtenus par la ligature de la sous-clavière.

Des faits qu'il a relevés, le professeur de Brest tire les conclusions suivantes :

1° La rupture artérielle peut se produire au moment de l'accident, on l'a notée cinq fois ;

2° La rupture, incomplète au moment de l'accident, se complète par des efforts même modérés de réduction ;

3° Dans certains cas, tout se borne au développement insidieux d'un anévrysme faux consécutif qui s'est rompu ultérieurement dans un mouvement brusque :

4° Dans l'immense majorité des cas, il s'agit de sujets âgés et athéromateux.

Abandonnée à elle-même, cette lésion a toujours été suivie de mort. La désarticulation de l'épaule et la ligature de l'axillaire ont amené des accidents constamment mortels. Seule la ligature de la sous-clavière compte 4 succès sur 11 opérations.

On doit lier l'artère assez loin de la scapulaire postérieure pour éviter les hémorrhagies secondaires. M. Cras fait remarquer que les scalènes, chevauchant en bas ne constituent pas, à proprement parler, pour l'artère, une portion dite « entre les scalènes ». En réalité, c'est une erreur anatomique de parler de ligature de la sous-clavière en dehors des scalènes. On lie l'artère en dehors du scalène antérieur, au-devant du scalène postérieur ; mieux vaudrait dire sur la première côte.

La discussion du mémoire de M. Cras a été mise à l'ordre du jour de la prochaine séance. — A. T.

FORMULAIRE

Pommade contre la surdité. — Gruber.

Vératrine.	0 gr. 10 centigr.
Iode métallique.	0 — 025 milligr.
Iodure de potassium	1 gramme.
Cérat de Galien	10 —

Mêlez avec beaucoup de soin. — Trois fois par jour, pendant dix minutes environ, on frictionne, avec gros comme un pois de cette pommade, la région de l'apophyse mastoïde, dans le cas de surdité provenant d'exsudation dans le labyrinthe. — Si la peau commence à rougir, on cesse la friction pendant un jour ou deux. — N. G.

COURRIER

Concours. — Le concours pour les prix de l'internat en médecine des hôpitaux de Paris (médailles d'or et d'argent) vient de s'ouvrir.

Les questions écrites posées ont été, pour les internes de troisième et quatrième année : *Cellule hépatique. Accidents nerveux du diabète ;* — pour les internes de première et seconde année : *Valvule iléo-cœcale. Symptômes et traitement de l'étranglement interne.*

Enseignement libre. — M. le docteur Doléris, chef de clinique d'accouchements, commencera son cours d'accouchements, théorique et pratique, le lundi 10 novembre.

Ce cours est complet en deux mois. On s'inscrit, 89, rue d'Assas.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs

Sommaire

BULLETIN

Académie de médecine, 4 novembre. — Le médecin qui saurait dire, à moins d'en avoir soigné lui-même, s'il y a eu à Paris des cas de choléra, serait un habile homme, tant l'Administration a mis de sollicitude à s'enquérir des embarras gastriques ou des accidents herniaires survenus depuis quatre mois, et à nier d'autre part tous les faits réellement suspects.

On a parlé d'une épidémie à Aubervilliers. Mais qui de nous connaissait au juste les événements ? L'Administration semblait retenue par la double peur d'effrayer les Parisiens et d'avouer qu'Aubervilliers est un cloaque immonde où l'eau fécale se boit à son maximum de concentration.

Or, il appert d'une communication de M. Dujardin-Beaumetz que des familles entières y sont mortes du choléra. Quand les enfants n'étaient plus, on désinfectait les parents ; quand ceux-ci avait succombé, on désinfectait leurs meubles ; et quand tout le monde avait disparu, l'épidémie s'éteignait.

Mais depuis le temps qu'on l'annonce, le choléra n'effraie plus personne, et celui d'Aubervilliers n'émeut pas l'Académie. Les Nantais eux-mêmes sont blasés, nous dit-on, et vivent tranquillement sans fermer leurs boutiques, bien que le fléau soit dans leurs murs. Encore une épidémie dont l'Administration ne veut pas parler !

Il paraît que des ouvriers qui travaillaient le cuivre ont été atteints. Cela nous fait plaisir...

L'orateur dit aussi qu'il est impossible de formuler des conclusions positives. C'était bien notre avis.

— Le concours de l'externat dans nos hôpitaux est commencé depuis quelque temps. Il y a 347 candidats, dont 6 femmes : 4 Russes, 1 Roumaine et 1 Turque. Voilà qui promet de beaux jours à l'internat, si l'Administration ne s'arrête dans la voie où elle est poussée. Jusqu'à présent d'ailleurs aucune Française n'a été en mesure de ou n'a réclamé le droit de concourir pour l'internat. — L.-G. R.

Clinique médicale.

Insuffisance mitrale. — Hémorrhagie dans le pancréas. — Rupture de l'artère splénique. — Mort rapide.

Par le docteur A. Vigot, chef de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Caen.

Pendant que nous étions chef de clinique médicale de M. le professeur Malherbe, à l'Ecole de plein exercice de Nantes, il nous a été donné de voir un cas de rupture de l'artère splénique, que notre maître a bien voulu nous permettre de publier. Voici cette observation :

Boinet, Anne-Marie, 70 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, de Nantes, le 17 juin 1882 (salle de la clinique interne, n° 9).

Cette femme, assez bien conservée, n'a point d'antécédents morbides sérieux à signaler. Notons une brûlure du bras gauche, dans son enfance; sur la surface de la cicatrice il y a des taches de couleur ecchymotique que l'on prendrait volontiers pour du purpura, si la malade ne prévenait qu'elle les porte depuis sa brûlure.

Etat actuel. — La dyspnée est intense. Cette femme est obligée de se tenir assise dans son lit.

L'œdème des membres inférieurs et des parois abdominales est considérable. Il y a un peu d'ascite. Le pouls est petit, irrégulier et varie de 88 à 100.

L'inspection de la région précordiale nous montre une légère saillie à ce niveau. Rien de particulier à la palpation. Le cœur paraît augmenté de volume, car le champ de la matité est notablement plus grand qu'à l'état normal. — A l'auscultation, on entend un bruit de souffle systolique au lieu d'élection de l'orifice mitral. Rien aux autres orifices.

A l'auscultation des poumons, on trouve aux deux bases des *râles* humides qui indiquent une gêne circulatoire assez prononcée.

Le diagnostic d'insuffisance mitrale s'impose de lui-même.

Le traitement a consisté en purgatifs, diurétiques et vésicatoires.

Le 26 juin, au matin, vers sept heures, sans avoir présenté d'autres symptômes, la malade pousse un cri et s'affaisse dans un coma profond : dix minutes après, elle était morte.

Autopsie le 27 au matin. — Les poumons paraissent exsangues surtout à la partie antérieure, tandis qu'à la base et en arrière ils sont légèrement congestionnés. Après avoir fait une dissection minutieuse de l'artère pulmonaire, nous n'avons pu trouver aucun caillot embolique.

Le cœur est volumineux : il présente la forme dite en gibecière. Il y a peu d'épanchement dans le péricarde. De l'oreillette droite nous retirons une quantité considérable de caillots cruoriques. — Point de lésions au ventricule droit.

La coupe du muscle cardiaque nous montre une surface pâle; son tissu est friable.

En ouvrant le ventricule gauche, nous voyons ses parois épaissies. La valvule mitrale est dure, insuffisante. Entre la valvule mitrale et les valvules sigmoïdes, dans ce point qu'on nomme mitro-sigmoïdien, nous trouvons une dureté analogue, presque calcaire.— Les valvules de l'orifice aortique sont suffisantes, mais quelque peu encroûtées de concrétions calcaires. L'athérome se prolonge tout le long de l'aorte qui est transformée en un tube rigide.

A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule deux ou trois litres d'un liquide citrin. En écartant le côlon transverse pour enlever le foie, nous remarquons une collection sanguine sous le péritoine. Cette masse, qui a presque le volume des deux poings, occupe le mésentère du duodénum.

Nous enlevons le foie, la rate et les reins. Le foie est graisseux. La vésicule biliaire contient une cinquantaine de petits calculs, composés en grande partie de cholestérine, car nous en avons brûlé, sans qu'il y eût presque de résidu. — La rate et les reins sont congestionnés.

Dans les veines iliaques et fémorales nous ne trouvons que des concrétions formées *post mortem*.

Disséquons maintenant la collection sanguine. Après avoir renversé l'estomac et la première partie du duodénum, nous tombons sur une masse qui repose sur la colonne vertébrale, entre les feuillets du mésentère qu'elle a écartés.

Le pancréas est transformé en une bouillie noirâtre.

Quel est le vaisseau qui a donné cette hémorrhagie? L'état du pancréas nous fait penser à l'artère splénique. Nous la disséquons attentivement. Ses parois sont dures, friables; le doigt les déchire facilement. En son milieu et à la face inférieure nous trouvons une ouverture d'environ 5 à 6 millimètres, qui mène au milieu de la masse sanguine. C'est par là que s'est faite l'extravasation.

Il est regrettable que, par une fâcheuse réunion de circonstances, nous n'ayons point pu enlever le cerveau qui nous eût donné peut-être quelques indications de plus.

Abordons la question de la mort de cette femme. Doit-on la qualifier de subite? Non. La mort subite est celle dans laquelle le sujet tombe comme foudroyé. Cela est propre aux lésions du bulbe, aux ruptures du cœur et des anévrysmes des gros vaisseaux. Ici nous sommes plutôt en présence d'une mort rapide.

Quelle est son origine? L'état du cœur et des poumons ne nous l'explique point. La collection sanguine que nous avons trouvée dans l'abdomen en

est certainement plutôt la cause. Mais par quel mécanisme s'est-elle produite ?

M. le professeur Brouardel a publié (*Bulletins de la Société de médecine légale* 1881-1882) un fait de mort rapide pendant la durée d'une colique hépatique. C'est chez une femme de 30 ans, qui présente à l'autopsie un calcul biliaire dans le canal cholédoque et une hémorrhagie infiltrant uniformément le pancréas. L'auteur attribue la mort à la colique hépatique. — Charcot admet que le ralentissement du pouls qu'on observe souvent dans la colique hépatique est dû à une irritation des ganglions semi-lunaires avec retentissement sur le pneumogastrique et qu'il peut aller ainsi jusqu'à la syncope mortelle.

Cette observation a peu de rapports avec la nôtre, nous l'avons signalée à cause de la coïncidence de l'hémorrhagie du pancréas.

L'analogie est beaucoup plus grande avec une observation qu'a publiée, en 1857, notre vénéré maître, M. le professeur Malherbe. Il s'agit d'une femme de 75 ans, qui meurt rapidement après avoir présenté quelques coliques. A l'autopsie on trouva une insuffisance aortique et l'intestin grêle rempli de sang dans une longueur de 90 centimètres. Sa surface interne ne présentait aucune solution de continuité ; mais l'aorte et surtout l'artère splénique étaient transformées en canaux calcaires. Ces lésions ont occasionné une hémorrhagie qui a été la cause de la mort.

Chez notre malade, il est également facile de comprendre la façon dont s'est produite l'hémorrhagie. L'aorte était transformée en un tube rigide, calcaire ; la splénique friable se laissait facilement pénétrer par l'ongle ; joignons à cela une affection cardiaque et nous aurons une explication du mécanisme de l'extravasation sanguine.

Cette hémorrhagie a été suivie de syncope mortelle. Cette syncope a-t-elle eu lieu par action nerveuse, suivant les idées de Charcot (irritation des ganglions semi-lunaires et retentissement sur le pneumogastrique) — ou bien plutôt par une grande et brusque privation de sang ? Les poumons exsangues à la partie antérieure confirment l'idée d'une hémorrhagie rapide et considérable. — D'un autre côté cette collection sanguine n'était pas loin des ganglions semi-lunaires, et ce voisinage n'a peut-être pas été sans influence sur la syncope. Aussi croyons-nous que, pour rester dans la vérité, tout en donnant comme cause de la syncope, la priorité à l'hémorrhagie elle-même, nous ne devons point écarter complètement l'influence nerveuse.

Chez notre malade, la syncope a été occasionné a par la suppression brusque d'une notable quantité de sang, syncope qui n'a été que favorisée par l'irritation des ganglions semi-lunaires, par l'athérome de l'aorte, l'insuffisance mitrale et la débilité du sujet ; aussi la mort en a-t-elle été rapidement la conséquence.

Physiologie pathologique de la capsule surrénale.

Par Tizzoni (de Bologne) (1).

Par une longue série d'observations et d'expériences entreprises pour éclairer l'histoire de la maladie d'Addison, l'auteur a été conduit à se poser les questions suivantes : 1° Quels sont les rapports de la capsule surrénale avec le système nerveux cérébro-spinal et avec le grand sympathique ? — 2° Quel est le mode de réaction de la capsule surrénale sous l'influence des excitants ? — 3° Par quel processus a lieu la destruction et l'absorption des éléments constitutifs du parenchyme de ces organes. à la suite d'une stimulation trop forte qui a profondément altéré leur vitalité ? — 4° Est-il possible d'observer une reproduction partielle ou totale de ces organes, à la suite de leur destruction partielle ou totale, et par quel processus a lieu la néoformation de ces nouveaux élé-

(1) Traduction analytique de la *Revista intern. di med. et chirurg.* (de Naples).

ments? — 5° Est-il possible d'observer une véritable hypertrophie d'une capsule à la suite de la destruction de l'autre : dans le cas de l'affirmative, quelles sont les parties de la capsule spécialement intéressées dans ce processus et quels sont les faits histologiques qui se produisent? — 6° Quelles sont les modifications générales de l'organisme, particulièrement en ce qui a rapport à la pigmentation de la peau et des muqueuses, qui tiennent directement à la destruction d'une ou des deux capsules?

Obligé pour ses recherches de pratiquer dans beaucoup de cas l'ablation partielle ou totale d'une ou des deux capsules surrénales, l'auteur a commencé par modifier et perfectionner la méthode opératoire suivie par les autres expérimentateurs ; et il a réussi facilement à pratiquer l'ablation soit partielle, soit totale, sans grande différence dans la difficulté et dans la gravité de l'opération pour la capsule droite et pour la gauche.

L'animal choisi par l'auteur pour ses expériences a été le lapin. Les animaux opérés ont été au nombre de 31 ; la durée des expériences a varié entre 21 et 519 jours.

De ces animaux, l'auteur n'en a sacrifié que cinq, et il se borne, dans cette communication, à exposer les faits grossiers, macroscopiques qu'il a pu observer dans ses expériences, et à donner une idée sommaire de ce qui a été révélé par l'examen microscopique sur le nombre restreint d'animaux qui ont été sacrifiés ou qui sont morts naturellement dans les 20 jours qui ont suivi l'opération.

Chez les animaux morts à la suite de l'ablation d'une ou des deux capsules surrénales, l'auteur n'a pas observé les phénomènes nerveux décrits comme spéciaux à cette opération par Brown-Séquard. La plupart de ces animaux sont morts par suite de la suppuration sous-cutanée et intra-musculaire qui formait dans ces parties comme une couche dense de pus, une sorte de fausse membrane qui envahissait une bonne partie de la région du dos.

Chez quelques lapins, l'auteur a constaté une contracture d'un des membres, antérieurs ou postérieurs, qui, dans quelques cas, disparaissait en quelques jours, mais qui, dans d'autres, était suivie de paralysie et de mort. A l'autopsie, on trouva chez ces animaux un exsudat méningé et un ramollissement de la moelle spinale. Ces quelques cas exceptés, la plupart du temps, l'opération n'a été accompagnée ni suivie d'aucun accident grave ; l'animal opéré marchait et mangeait comme un animal sain et se maintenait en parfaite santé pendant toute la durée de l'expérience.

Les suites de l'opération n'ont été nullement modifiées par l'abandon du parenchyme de la capsule, sous la forme d'une bouillie épaisse, à l'absorption péritonéale.

Au contraire, chez un certain nombre d'animaux, chez lesquels le parenchyme avait été abandonné dans la cavité péritonéale, on a observé une guérison plus prompte que chez les autres, sans que l'absorption de ce tissu de la capsule, dont il n'était pas possible de retrouver la moindre trace dans le péritoine quand l'animal fut sacrifié, eût modifié en quoi que ce fût la marche de la température, ou apporté un trouble quelconque dans la santé.

« Ainsi, dit l'auteur, le fait que l'on peut faire résorber à un lapin ses capsules surrénales sans qu'il se produise aucun phénomène d'auto-intoxication, exclue d'une façon absolue la possibilité que ces organes contiennent un virus, et que la maladie d'Addison soit une cachexie due à l'altération de la sécrétion de la capsule ou le produit de la rétention dans le sang de certains principes que, dans les conditions normales, la capsule devait en séparer et qui agiraient alors à la manière d'une substance toxique. Je ne voudrais pas affirmer que des capsules surrénales convenablement traitées il serait impossible d'extraire un virus, ainsi que l'ont dit certains auteurs; j'affirme seulement que cette substance n'existe pas toute formée pendant la vie, et ne peut se produire que quand les éléments spéciaux sont sortis de leurs conditions naturelles d'existence. »

Un certain temps s'étant écoulé après l'opération, le premier fait qu'ait remarqué l'œil de l'observateur est une coloration brune du museau, comme si l'animal se l'était frotté dans du charbon ou de la poussière noire. Plus tard, à cette coloration du museau s'ajoutent d'autres taches pigmentaires sur la muqueuse de la cavité buccale et des narines. Elles commencent comme de petits points de la couleur du tabac, qui, en s'accroissant, se fusionnent, deviennent plus bruns, de la couleur du bronze, et assument alors tous les caractères de la pigmentation de la maladie d'Addison. Les taches de la lèvre inférieure sont parfois isolées; plus souvent elles forment une ligne noire qui entoure la bouche.

La pigmentation des muqueuses est très fréquente et très importante.

L'auteur considère comme très digne de remarque ce fait que, chez les animaux, la pigmentation anormale était observée aussi bien quand on avait détruit une seule capsule que lorsqu'on avait pratiqué l'ablation des deux. Cependant, dans le cas de

destruction d'une seule capsule, les taches pigmentaires furent trouvées exclusivement ou de préférence du côté opéré. Mais cette affirmation de l'auteur n'est pas absolue, puisque certaines taches sont apparues vers la ligne médiane du corps et dans leur accroissement se portaient vers le côté non opéré.

Eu égard à la couleur du pelage de ces animaux, la pigmentation ne se présentait d'une façon caractéristique que chez les lapins à poils gris ou noirs; mais aucune modification de couleur du museau ou de la muqueuse buccale ne fut observée chez les lapins blancs opérés un certain nombre de jours avant les autres.

Il est donc démontré expérimentalement : 1° que les capsules surrénales prennent une part dans la distribution du pigment; — 2° que des variations dans la couleur de la peau et des muqueuses peuvent survenir à la suite de la destruction d'une ou des deux capsules; — 3° qu'à l'exception de cette distribution anormale de pigment, les animaux (lapins) auxquels on avait extirpé une ou les deux capsules surrénales, se maintenaient parfaitement sains, accomplissaient régulièrement toutes leurs fonctions physiologiques, et pouvaient vivre longtemps. L'altération dans la distribution du pigment est donc le seul fait que l'on ait pu obtenir expérimentalement par la lésion des capsules surrénales, et l'on n'a pas réussi à reproduire par cette opération le tableau clinique entier de la maladie d'Addison.

La régénération de la capsule surrénale a été observée par l'auteur dans deux cas : sur un lapin opéré depuis 144 jours, et sur un autre opéré depuis 26 jours.

Quant aux modifications de la capsule surrénale restée en place, lorsque l'autre a été détruite, l'auteur a observé que l'hypertrophie porte plutôt sur la substance corticale que sur la substance médullaire.

M. Tizzoni termine son travail en disant que des observatiens ultérieures démontreront si la pigmentation anormale des muqueuses qui succède à la destruction d'une ou des deux capsules est en rapport direct avec l'altération ou la suppression des fonctions de ces organes, ou si elle est liée aux altérations qui, de la capsule, se sont diffusées à d'autres parties, soit au sympathique, soit à la moelle spinale. Il y a lieu également d'espérer que des recherches ultérieures expliqueront la raison pour laquelle, dans certaines expériences, on n'a pas obtenu la pigmentation brune de la muqueuse de la cavité buccale, et feront connaître si ce fait tient à la régénération de l'organe ou des organes détruits, ou à l'hypertrophie de la capsule restée en place, quand une seule a été enlevée. H. S.

BIBLIOTHÈQUE

Histoire de la fièvre jaune au Brésil, par M. Edmond Gouy. — Paris. Derenne, 1884.

Le Brésil est le dernier des pays tropicaux du nouveau continent qui, chronologiquement, ait été contaminé par la fièvre jaune. Depuis trente-cinq ans, époque de la première épidémie brésilienne, elle s'y est acclimatée, et pour démontrer cette prémisse, M. Gouy retrace à grands traits l'histoire de cette maladie dans l'Amérique du Sud et au Brésil.

La troisième partie de cet intéressant mémoire inaugural est consacrée à discuter la pathologie expérimentale et la pathogénie de la fièvre jaune. En effet, la théorie parasitaire, dont M. Domingo Freire s'est fait l'avocat très autorisé, réunit actuellement de nombreux adhérents parmi les médecins de l'Amérique du Sud. Il était donc utile de discuter les conclusions du savant observateur brésilien.

On sait que l'agent infectieux serait un microphyte, le cryptococcus xanthogenicus; on sait encore qu'il a pour concurrents dans ce rôle pathogène d'autres microbes, la *poronospora lutea* de M. Cermona (de Mexico), et le *cognumello* de M. de Lacerda. Dans la théorie de M. Domingo Freire, le sol des cimetières serait un favorable terrain pour le développement de ces microbes; c'est là que leur multiplication serait assurée, et de là que, véhiculés par les eaux, ils produisent les épidémies annuelles à Rio-de-Janeiro.

La thèse de M. Gouy est donc riche en documents sur la pathogénie parasitaire de la fièvre jaune dans l'Amérique du Sud. Elle mérite bonne lecture; d'autant plus que, d'après l'exposition des faits, les médecins d'Europe pourront encore une fois se convaincre de l'ardeur juvénile de leurs confrères d'outre-Atlantique. — C. E.

De la réhabilitation de la saignée et des émissions sanguines dans les congestions et les inflammations, par M. Borlée. — Bruxelles, 1884; Monceaux.

C'est une ingrate tâche que d'entreprendre une réhabilitation. Cependant notre confrère distingué ne paraît pas en avoir redouté les inconvénients ou les ennuis, dans cette lecture à l'Académie de médecine de Belgique dont il membre titulaire.

D'ailleurs, si M. Borlée recommande la saignée dans la pneumonie, la pleurésie, l'asthme, l'apoplexie, l'urémie aiguë, les hémorrhagies internes, la pléthore, l'albuminurie gravidique ou pour prévenir l'avortement; il faut convenir qu'il juge bien sévèrement les tendances modernes. « On fait, écrit-il, de la médecine une branche d'his« toire naturelle ; la thérapeutique est reléguée à l'arrière-plan ; on s'ingénie à cher« cher le microbe de chaque maladie, on néglige les lésions organiques, on oublie les « vraies indications à remplir dans le traitement des maladies, enfin on fait table rase « de l'expérience des plus illustres médecins anciens et modernes. »

Voilà un acte d'accusation, ou plutôt une philippique contre la médecine contemporaine! Tout cela parce qu'on saigne peu, quand autrefois on saignait trop!

En tout cas, les indications de la saignée que donne M. Borlée ne sont pas toujours sans fondement. Aussi une agression un peu moins vive n'aurait pas nui à cette tentative de réhabilitation parmi nos contemporains et pouvait mieux en assurer le succès.

Ch. E.

REVUE DES JOURNAUX

Journaux anglais et américains.

Note sur un cas de mort apparente par pendaison, par E. White. — Le docteur Ernest White, médecin de l'asile d'aliénés de Kent, fait dans la *Lancet* le récit détaillé d'un cas de véritable résurrection obtenue sur une aliénée mélancolique, récit instructif à plusieurs points de vue.

Après plusieurs tentatives infructueuses de suicide, cette aliénée de 33 ans finit par réussir à tromper la vigilance de son entourage et à se pendre à une échelle où elle resta près de huit minutes. L'alarme donnée, on s'empresse de dépendre la pauvre aliénée qui, selon toute apparence, avait succombé. « Les traits du visage présentaient les caractères du facies hippocratique, les globes oculaires étaient proéminents ; derrière la cornée, dépolie et vitreuse, les pupilles s'ouvraient, largement dilatées et absolument insensibles à la lumière; l'attouchement des conjonctives n'éveillait plus aucune action réflexe; les lèvres étaient livides, la langue tuméfiée et pâle, les téguments d'une couleur blanc cendré avaient perdu leur élasticité naturelle. Sur le cou, on observait un sillon oblique plus marqué du côté gauche, les veinules et les capillaires superficiels se dessinaient turgides de sang coagulé. La température du corps était très basse. Le pouls avait disparu aux tempes et aux poignets, et, même avec le stéthoscope bi-auriculaire, on ne pouvait percevoir le moindre battement du cœur. Il y avait suspension absolue de tout effort respiratoire naturel, suspension absolue de toute manifestation de conscience, abolition complète des actions réflexes et des mouvements; les courants galvaniques eux-mêmes furent impuissants à réveiller quelques contractions musculaires. Les sphincters s'étaient relâchés, et les urines et les fèces s'étaient écoulées pendant ou immédiatement après l'acte de la pendaison. »

« Abrégeons ce récit en disant que, dix minutes après le début de la mise en pratique de la respiration artificielle, on nota une très faible contraction spasmodique du diaphragme. Simultanément de très légères et très lointaines pulsations cardiaques dédoublées au nombre de 150 environ à la minute se firent entendre au stéthoscope biauriculaire. Mais on ne put suspendre la respiration artificielle qu'au bout de *deux heures*. Le cœur battait alors 140 à la minute, montrant ainsi que le synchronisme des deux cœurs ne s'était pas encore rétabli; en même temps on put commencer à distinguer quelques rares et faibles pulsations cardiaques. Au bout de deux heures trois quarts de soins, il fut possible de reporter la malade dans son lit, où on la réchauffa et lui administra un peu de café très chaud, du thé de bœuf en petite quantité, puis un lavement excitant et nutritif.

La jactitation, les soubresauts des tendons, la carphologie, signalèrent le rétablissesement de la circulation dans les extrémités. « La proportion d'effluves organiques rejetées par les poumons lors du rétablissement de la circulation était à ce point con-

sidérable, que l'atmosphère de la chambre et des salles voisines en était infectée ». Six heures après seulement, les pupilles qui étaient restées largement dilatées commencèrent à se contracter à la lumière. La connaissance ne revint que le lendemain vers cinq heures du matin et encore était-elle très élémentaire. Une heure plus tard, la malade rejetait par le vomissement tout ce qu'on lui avait fait prendre depuis la veille.

Vers neuf heures, l'air pénétrait librement dans la poitrine, et, hormis un peu de congestion hypostatique des bases, il n'existait aucun signe d'engorgement pulmonaire. Le pouls était encore à 140, les battements cardiaques restaient toujours dédoublés.

La malade se trouvait dans un état de torpeur mentale et, d'engourdissement physique, les idées étaient absolument confuses, mais elle se plaignait vivement de douleurs musculaires rhumatoïdes dans tous les membres. Un peu plus tard, les fonctions de sécrétion se rétablirent; elle transpira abondamment, évacua un peu d'urine, saliva modérément, et, sans qu'il existât une dépression mentale bien profonde, montra une certaine tendance à pleurer.

Le 2 décembre, c'est-à-dire le surlendemain de l'accident, le pouls et le cœur étaient encore dicrotes. Le 4 décembre le pouls seul restait à 126, tandis que le synchronisme des deux cœurs se rétablissait. Le 6, le pouls descendit à 82, et avec lui, la température qui s'était maintenue jusqu'alors dans les environs de 100°,2 Fahrenheit. La malade se trouvait alors assez forte pour pouvoir vaquer pendant quelques heures dans la salle commune. La mémoire était, surtout en ce qui concernait les événements récents, extrêmement diminuée. Le 12 décembre, quatorze jours après sa tentative de suicide, elle se plaignait encore de douleurs musculaires rhumatoïdes. Un fait curieux sur lequel l'auteur attire l'attention et qui est en connection avec ces incidents pathologiques, c'est que depuis cette tentative de suicide la malade s'est beaucoup améliorée au point de vue mental. Elle n'a plus d'hallucinations, montre de la gaieté (elle était délirante, mélancolique) et s'emploie utilement à des travaux d'aiguille. Elle cause raisonnablement, se souvient et se rend bien compte de l'impulsion qui l'a conduite au suicide, et se rappelle les particularités de sa pendaison; mais à cette période correspond encore une légère lacune dans les idées. Cependant, deux jours après, quand son mari vient la voir, elle manifeste son regret de s'être rendue coupable d'un tel méfait. Aujourd'hui, 30 juin 1884, ajoute l'auteur, sa santé physique est meilleure qu'auparavant, et elle est sur le chemin de la convalescence mentale. L'issue heureuse de ce cas grave, comme couronnement des louables efforts des assistants, amène l'auteur à poser en forme de conclusions les propositions suivantes, dont le rappel complètera les enseignements contenus dans cette relation très abrégée d'une anecdote à coup sûr intéressante et peu commune.

1° Dans ces pauses de tous les phénomènes de la vie, il n'existe aucun symptôme qui permette de distinguer l'état de mort apparente de l'état de mort réelle ;

2° La respiration artificielle seule, nous fournit les moyens réellement efficaces de rappeler la vie dans un corps où l'asphyxie paraît l'avoir complètement éteinte. La méthode de Silvester pour pratiquer la respiration artificielle est parfaite et efficace, si on a soin de la compléter en faisant attirer et maintenir fortement la langue hors de la bouche ;

3° Il peut être nécessaire de pratiquer cette respiration artificielle pendant deux heures et plus sans discontinuité, avant que les efforts instinctifs de la respiration naturelle se fassent de nouveau de la part du malade.

Les mouvements de la respiration artificielle doivent atteindre, mais sans le dépasser, le nombre de dix à la minute. Ce nombre est parfaitement suffisant, et les résultats obtenus sont moins satisfaisants avec un chiffre plus élevé. Le galvanisme, l'ammoniaque placée sous les narines, les affusions froides, les stimulants sont sans utilité pratique dans les premiers stades de cette mort apparente ;

5° Mais la flagellation avec des serviettes trempées d'eau froide peut être un peu plus tard un moyen auxiliaire puissant pour le rétablissement des fonctions réflexes ;

6° Les frictions centripètes de la peau, l'application extérieure de la chaleur, en réchauffant le malade, peuvent aider efficacement à la guérison ;

7° Le cœur, s'il est exempt de toute altération organique, peut développer beaucoup de puissance pour surmonter la distension des cavités droites et l'obstruction existante dans le champ de la circulation pulmonaire ; toutefois son action peut être entravée longtemps et ses fonctions sérieusement compromises, comme l'indique le dédoublement persistant de ses bruits ;

8° Dans ces cas, on est autorisé à venir au secours de l'organe par la phlébotomie de la jugulaire externe ;

9° Pendant la convalescence, c'est surtout au fonctionnement pulmonaire qu'est confiée la lourde tâche de purifier le sang en le débarrassant des matériaux excré-

mentitiels, des déchets organiques, dont l'amoncellement dans le sang est suffisamment démontré par l'énorme proportion des effluviums délétères contenus dans l'air de l'expiration ;

10° Des douleurs rhumatoïdes peuvent se faire sentir pendant assez longtemps consécutivement, celles-ci résultant probablement de l'arrêt subit apporté dans la nutrition du système musculaire. (*Case of resuscitation and recovery after apparent death by hanging.* — *The Lancet*, 6 septembre 1884, p. 401.) — L. Dn.

Valeur symptomatique de quelques signes isolés dans le diagnostic des maladies des enfants, par Politzer. — Politzer émet, comme étant le résultat d'une observation de plus de quarante ans de durée dans les hôpitaux d'enfants de Vienne, les propositions suivantes :

Le *cri nasal ou palatin* se rencontre souvent dans la symptomatologie de l'ozène, généralement du fait soit de la syphilis congénitale, soit de l'hypertrophie des tonsilles. Si l'ozène ne relève pas d'une de ces causes, il faudra examiner avec soin les parois du pharynx, car ce cri palatin est alors souvent symptomatique d'un abcès rétro-pharyngien.

Les *expirations prolongées et bruyantes*, avec inspiration normale et sans signe d'asphyxie ou de dyspnée vraie, se rencontrent souvent dans la chorée major.

L'*inspiration sifflante* qui paraît débuter par le soulèvement de la partie supérieure du thorax trahit un état de faiblesse et de parésie du cœur, et quelquefois un certain degré de dégénérescence graisseuse de l'organe.

L'*expiration rude et diaphragmatique* indique qu'il existe de l'asthme bronchique.

Une *pause entre la fin de l'expiration et le commencement de l'inspiration suivante* s'observe dans le catarrhe laryngé associé à une sténose laryngée spasmodique avec œdème sous-muqueux.

Une *respiration striduleuse continue* datant de la naissance doit être attribuée à un état vicieux de l'innervation pulmonaire par inhibition des nerfs vagues.

L'*assoupissement* chez l'enfant est souvent le premier symptôme d'une méningite basilaire.

L'*état de tension, la plénitude de la fontanelle antérieure* est également fort souvent un signe précoce de méningite basilaire. On l'observe généralement dans presque toutes les affections inflammatoires de l'encéphale, et aussi dans les états fébriles compliqués de lésions cérébrales.

La *dépression de la fontanelle antérieure,* ordinairement accompagnée de l'enfoncement du globe oculaire, trahit un état d'ischémie intra-crânienne.

Les *déplacements lents* des globes oculaires, accompagnés d'un regard fixe et hébété, doivent faire penser à la méningite basilaire.

Le *cri violent et strident*, durant deux ou trois minutes avec une expression anxieuse des traits du visage, et lancé une heure ou deux après le début du sommeil, indique que l'enfant est sujet aux terreurs nocturnes; ce qui est fréquent chez les natures nerveuses et délicates.

Un *cri périodique* se reproduisant indifféremment pendant le jour et pendant la nuit accompagne souvent des coliques et des troubles gastro-intestinaux, la dysurie et les contractures douloureuses du col de la vessie.

Les *pleurs et les cris pendant la défécation* sont souvent le résultat de la constipation et de l'existence d'une fissure sphinctéralgique.

Des *plaintes continuelles*, douloureuses, avec agitation de la tête deçà et delà sur l'oreiller et tendance de la part du petit malade à porter ses mains sur le sommet de sa tête, doit faire penser à l'existence possible d'une otite.

Un *enfant dont les pleurs et les cris se renouvellent depuis plusieurs semaines de suite*, surtout à l'occasion des mouvements qu'on imprime soit au buste, soit aux membres, qui a de la fièvre et des sueurs, est probablement sur le point de devenir rachitique.

L'*insomnie chez l'enfant* est souvent liée à la syphilis congénitale ou à l'athrepsie.

L'*aplatissement des narines* vers la cloison médiane, et l'absence de leurs mouvements d'élévation, de dilatation, trahit l'existence d'une hypertrophie très marquée des amygdales.

Une *répugnance évidente à se mouvoir* de la part d'un enfant peut faire présager le début ou amener à constater l'existence d'une paralysie spinale. (*On the value of some symptoms in the diagnosis of diseases in children. Edinburgh clinical and pathological Journal*, 1884, *Jahrbuch für Kinderheilkunde* et *Journal of the American medical Association*, 2 août 1884.) — L. Dn.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 novembre 1884. — Présidence de M. Alph. Guérin.

La correspondance non officielle comprend un rapport sur un cas de perforation intestinale adressé par M. Grellet (de Menat), Puy-de-Dôme. (Comm. MM. Richet, Trélat, Polaillon.)

M. J. Guérin présente : 1° de la part du docteur Eysseric, un compte rendu de l'épidémie de choléra observée dans la commune de Pernes (Vaucluse) en 1884; — 2° de la part de M. le docteur Levers, de Saint-Julien-aux-Bois (Corrèze), un rapport intitulé : *Du choléra asiatique.*

M. Legouest présente, de la part de M. Czernicki, médecin-major de 1re classe, une « Note sur l'assainissement du quartier du Palais, à Avignon, au moyen de l'acide sulfureux. » — Cette note est renvoyée à la commission des épidémies.

M. Dujardin-Beaumetz est appelé à la tribune pour faire la communication qu'il avait promise relativement à l'épidémie de choléra observée dans deux localités de la banlieue de Paris : Aubervilliers et Saint-Ouen.

M. Dujardin-Beaumetz se hâte de dire tout d'abord que cette petite épidémie est absolument éteinte depuis un mois et qu'elle n'a eu aucun retentissement sur l'état sanitaire de la capitale, qui est aussi parfait que possible.

L'orateur rend ensuite un éclatant hommage à M. le préfet de police, qui a su prendre avec décision les mesures les meilleures pour combattre l'épidémie dans le cas où elle se serait déclarée : organisation d'un corps de désinfecteurs; service de voitures pour le transport des malades; établissement d'étuves, etc.

Dans la ville de Paris, il s'est produit jusqu'à ce jour environ 40 décès, chiffre qui ne diffère pas sensiblement de celui que l'on relève annuellement.

L'observation de ces cas a mis en lumière un certain nombre de faits dignes d'intérêt : c'est d'abord la non-contagion du choléra, lorsque le terrain sur lequel tombe le germe de la maladie n'est pas préparé à le recevoir.

Ainsi un individu parti de Perpignan, où régnait le choléra, arrive à Paris, tombe malade, est transporté à l'hôpital Bichat, où il meurt du choléra; ce cas reste stérile et ne détermine le développement d'aucun cas nouveau.

Un deuxième fait non moins remarquable, révélé par l'examen des cas observés à Paris, est relatif à la présence du microbe en virgule. On a, dans ces derniers temps, attaché une grande importance à la présence de ce microbe comme caractère essentiel du choléra asiatique. Or, dans les autopsies faites par MM. Huchard, Proust et Brouardel à l'hôpital Bichat, on a constaté la présence du microbe en virgule, et cependant la contagion des cas dont il s'agit a été nulle.

Un troisième fait est celui de la prétendue immunité des ouvriers travaillant le cuivre, immunité sur laquelle M. le docteur Burcq avait appelé avec insistance l'attention de l'Académie et de la presse. Or, les faits ont montré que l'action préservatrice du cuivre n'existe pas.

Arrivant à la relation de l'épidémie de Saint-Ouen et d'Aubervilliers, M. Dujardin-Beaumetz commence par mettre sous les yeux un plan indiquant la disposition des points où les cas se sont développés. Un individu est pris de choléra le 25 septembre dernier. Sa femme et sa fille sont également atteintes; tous les trois guérissent heureusement.

A la suite de ces premiers cas, les faits se multiplient et l'on enregistre un chiffre de 15 morts. Un fait digne d'attention est le suivant :

Dans une maison située dans une impasse vivait une famille de chiffonniers composée de quatre personnes, la mère et ses trois fils. L'un de ces derniers est pris d'accidents cholériques et succombe en douze heures. Comme il avait une hernie, son entourage soutient qu'il est mort d'un étranglement herniaire, malgré la déclaration très explicite de M. Lagneau, qui, délégué à Aubervilliers par M. le préfet de police, affirme qu'il s'agit bien d'un cas de choléra. Aucune mesure de désinfection ou de préservation n'est prise. Quatre jours après, le plus jeune fils est atteint à son tour et meurt en douze heures. M. Dujardin-Beaumetz, délégué par la préfecture de police, se transporte à Aubervilliers et prend d'urgence toutes les mesures indiquées en pareil cas. Malheureuse-

ment on laissa la mère occuper avec son troisième fils le local contaminé. Quatre jours après, cette femme fut prise d'accidents cholériques et mourut en douze heures. Instruit de ce nouveau décès, M. Dujardin-Beaumetz n'hésite plus dès lors à faire fermer, après désinfection, la maison où ne reste plus qu'un seul survivant. Aucun cas ne s'est produit depuis dans le voisinage de cette maison.

Quelque temps après, dans un autre passage, deux maisons, l'une habitée par un ménage composé du mari et de la femme, l'autre par une voisine, furent frappées par le choléra. Le mari et la femme guérirent, mais la voisine succomba en douze heures.

Enfin, dans un endroit du village beaucoup plus éloigné des points où le choléra s'était d'abord manifesté, une baraque en bois, habitée par une veuve et son fils, fut frappée par l'épidémie. La mère mourut, mais le fils, transporté d'urgence à l'hôpital Bichat, guérit. On fit mettre le feu à la baraque.

Ce qu'il y a de particulièrement remarquable dans cette épidémie d'Aubervilliers, c'est que les cas ont tous été localisés dans cette commune, tandis que pas un seul ne s'est manifesté du côté de Pantin, séparé seulement d'Aubervilliers par la largeur de la route. Cependant les conditions hygiéniques étaient les mêmes de l'un et de l'autre côté.

A Saint-Ouen, des faits analogues ont été observés.

Un dernier fait signalé par M. Dujardin-Beaumetz a eu lieu à Paris. Il s'agit d'un ménage composé du mari et de la femme. Tous les deux furent pris d'accidents cholériques, auxquels ils succombèrent rapidement; cependant, malgré la gravité de ces cas, il ne se produisit pas de foyer de contagion.

On est très embarrassé, dit M. Dujardin-Beaumetz en terminant, lorsqu'on veut tirer de ces faits quelque conclusion. Sans doute les conditions hygiéniques de la commune d'Aubervilliers sont aussi mauvaises que possible ; en dehors de la misère qui y règne et de la mauvaise alimentation qui en est la conséquence, il y a des usines très insalubres, et en particulier le canal, qui reçoit des détritus de toutes sortes et dont l'eau sert à l'alimentation des habitants.

Mais ces conditions antihygiéniques ne permettent cependant pas d'expliquer les faits, d'abord parce que ces conditions existent depuis longtemps sans avoir donné lieu à d'autres épidémies de choléra ; ensuite parce que les mêmes conditions se rencontrent identiquement de l'autre côté de la route, sans y avoir provoqué de manifestation épidémique.

D'ailleurs il a été impossible d'établir entre l'épidémie d'Aubervilliers et celle qui a régné dans le midi de la France, aucun lien d'aucune sorte, aucune filiation quelconque.

De même il a été impossible d'établir aucune relation entre les cas qui se sont développés dans les diverses parties de la commune d'Aubervilliers; il semble qu'il y ait eu là, dans les divers groupes de maisons qui ont été successivement frappés, des foyers isolés qui se sont éteints sur place sans se propager.

Il semblerait donc que les faits d'Aubervilliers donnent raison a l'opinion soutenue par M. Jules Guérin, d'après laquelle le choléra se développerait spontanément. Mais ici encore, lorsqu'on examine les circonstances de cette singulière épidémie, on ne voit pas signaler cette diarrhée prémonitoire dont M. Jules Guérin a fait la base de sa doctrine.

Donc, de quelque côté que l'on se tourne, on se heurte à des difficultés insurmontables qui empêchent de tirer des faits aucune espèce de conclusion.

Toutefois il est permis de dire que l'épidémie d'Aubervilliers est la justification de la conduite prudente et circonspecte suivie à Toulon par MM. Brouardel, Proust et Rochard. En effet, celui qui, d'après les premiers faits observés dans cette épidémie, se fût hâté de conclure à l'existence du choléra asiatique et à la propagation de la maladie, celui-là fût tombé dans une erreur grossière et eût mal à propos jeté l'alarme dans le public.

Il faut donc être plein de réserve et de prudence, quand il s'agit de se prononcer sur la nature des cas de choléra que l'on observe et sur la probabilité ou la non-probabilité de la propagation de la maladie.

M. Lagneau, qui a été délégué plusieurs fois soit à Paris, soit à Aubervilliers, pour observer les cas de choléra signalés à l'Administration, fait remarquer combien il est difficile d'établir un diagnostic sérieux entre le choléra asiatique et le choléra nostras. Les symptômes et les lésions sont les mêmes, et il est souvent impossible de se prononcer ; telle est, quant à lui, sa conviction née de l'observation des faits et des résultats des autopsies qu'il a pratiquées.

M. Lagneau confirme, d'ailleurs, par son propre témoignage, la relation que vient de faire M. Dujardin-Beaumetz relativement à l'épidémie d'Aubervilliers.

M. Jules Guérin loue l'impartialité et la réserve de M. Dujardin-Beaumetz, dont la relation, par son exactitude et sa précision, peut donner satisfaction à toutes les doctrines soutenues au sujet du choléra.

M. Dujardin-Beaumetz n'a pas voulu tirer de conclusion ; mais des faits qu'il a énoncés, on peut, en les examinant de près, faire sortir des conclusions les unes négatives, les autres affirmatives.

Il ressort, en effet, de sa relation que le choléra d'Aubervilliers n'a eu aucune espèce de lien avec l'épidémie générale qui a régné dans le midi de la France ; c'est là une conclusion négative.

Il a dit en outre que l'épidémie d'Aubervilliers a été limitée à un seul côté de la route qui sépare les deux communes d'Aubervilliers et de Pantin ; qu'elle est restée localisée à des foyers isolés dans des groupes de maisons, sans propagation ni filiation des unes aux autres.

Comment expliquer cette simultanéité d'un côté et cette absence de l'autre? M. Jules Guérin pense que l'on trouverait l'explication rationnelle de ces faits, en admettant que, sous l'influence de conditions atmosphériques particulières, les germes de la maladie sont tombés sur tel ou tel groupe de maison, s'y sont développés et éteints sur place sans propagation.

Il faut d'ailleurs admettre que beaucoup d'organismes sont réfractaires à la maladie, quand l'influence épidémique n'est pas très intense.

M. J. Guérin ne saurait accepter, dans la relation de M. Dujardin-Beaumetz, ce qu'il a dit relativement à l'absence de la diarrhée prémonitoire dans cette épidémie d'Aubervilliers. Aucune enquête n'a été ouverte à ce sujet, et c'est là une lacune regrettable du travail, d'ailleurs si consciencieux et si complet, de M. Dujardin-Beaumetz.

Enfin M. J. Guérin attache beaucoup plus d'importance que M. Dujardin-Beaumetz, au point de vue de l'origine de l'épidémie, aux conditions hygiéniques mauvaises qui existent à Aubervilliers et qui proviennent des usines dans lesquelles sont diversement travaillées les matières fécales; les émanations de ces usines, la contamination et les mauvaises qualités de l'air et de l'eau lui paraissent devoir être considérées comme ayant joué un rôle important dans le développement de la maladie.

M. Marey répondant au discours prononcé par M. Giraud-Teulon dans la dernière séance, relativement au vol des oiseaux, expose ses théories qui sont en contradiction complète avec les conclusions de son collègue.

Après cette lecture, il donne communication à l'Académie d'une lettre qu'il a reçue de Gênes. Voici ses propres paroles :

« Relativement à la transmission du choléra par les eaux contaminées, je demande la permission de donner lecture d'une lettre que je reçois de M. Stassano ; elle contient un complément très important de la première note qu'il m'a envoyée sur ce sujet.

« L'Académie se rappelle sans doute que le choléra, avant d'atteindre la ville de Gênes, sévissait dans un village nommé Bussola, situé sur la rivière la Serivia où les habitants lavaient le linge des cholériques. En ce même endroit de la rivière, une prise d'eau, nommée l'aqueduc Nicolaï, fournit à Gênes une partie de son eau potable. J'ai dit avec quelle violence l'épidémie sévit à Gênes et comment elle s'éteignit aussitôt qu'on eut fermé l'aqueduc Nicolaï.

« M. Stassano pria sur ma demande M. le professeur Maragliano, de Gênes, de faire rechercher quelle était la provenance des eaux dont s'alimentaient les personnes qui furent atteintes du choléra. Les renseignements numériques précis ne seront faits que dans quelques jours ; mais voici ce que M. Stassano m'indique déjà comme certain :

« Sur le nombre de personnes atteintes par le choléra à Gênes, 92 pour 100 recevaient leur eau du canal Nicolaï, c'est-à-dire de la Serivia infectée par le lavage des « linges de cholériques. Ce canal Nicolaï contribue pour 40 pour 100 à l'alimentation de « la ville de Gênes; 60 pour 100 de la quantité d'eau distribuée dans la ville proviennent de l'aqueduc Galliera. Les deux canalisations entremêlent leurs réseaux dans « les différents quartiers. L'enquête a montré que de deux maisons placées en face l'une « de l'autre, celle qui recevait son eau du canal Nicolaï avait subi le choléra.

« Dans les bagnes, comme dans tous les établissements fermés, les épidémies ne « pénètrent d'ordinaire que plus tardivement. A Gênes, le choléra éclata simultanément « dans le bagne et dans la ville. Or, c'est l'eau du canal Nicolaï qui est distribuée « dans le bagne de Gênes.

« M. Stassano m'annonce pour une date prochaine la communication du professeur Maragliano qui doit contenir des documents tout à fait précis. Il m'a semblé que ceux dont je viens de donner lecture suffiraient déjà pour bien établir le rôle des eaux con-

taminées dans la production de l'épidémie de Gênes, et qu'il était urgent de les transmettre sans délai à l'Académie. »

M. Féréol, au nom de la Commission des épidémies, donne lecture du rapport officiel sur les épidémies pour 1883.

— La séance est levée à cinq heures.

FORMULAIRE

Gouttes anti-asthmatiques. — Clymer.

Teinture d'opium.	4 grammes.
Ether sulfurique.	8 —

Mêlez. — Cinquante gouttes environ toutes les vingt minutes, dans les attaques d'asthme avec emphysème. — A chaque dose, on peut ajouter quinze gouttes de teinture éthérée de Lobelia inflata. — N. G.

COURRIER

Nécrologie. — Nous avons appris avec un vif regret la mort de M. le docteur J.-F. Duval, médecin en chef de l'hôpital d'Arles, tué par un accident de voiture le 25 octobre dernier. Frère de notre affectionné confrère le docteur Mathias Duval, il était lui-même un médecin des plus distingués, et il venait, au moment où la mort l'a surpris, de rendre de signalés services pendant la dernière épidémie cholérique. Nous nous associons à la douleur de sa famille et de ses amis.

Nomination. — Nous apprenons que M. le docteur Cazenave (de La Roche), vient d'être nommé vice-consul de Belgique à Menton.

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. — M. le professeur G. Sée commencera le cours de clinique le vendredi 7 novembre 1884, à neuf heures et un quart, et le continuera tous les lundis et vendredis.

Le lundi sera consacré à la thérapeutique clinique, et le vendredi au diagnostic.

Visite des malades tous les jours, à huit heures et demie du matin.

— M. le professeur Cornil fera tous les mercredis, à neuf heures et demie du matin, un cours pratique d'anatomie pathologique.

Le premier cours aura lieu le 12 novembre.

Autopsies par M. le professeur Cornil, les lundis et vendredis, à dix heures et demie, et les autres jours à dix heures.

Les élèves de quatrième année, qui se feront inscrire à la clinique de l'Hôtel-Dieu, seront exercés pratiquement aux autopsies.

— M. Bochefontaine, chef du laboratoire, fera tous les jeudis, à neuf heures et demie, des expériences de physiologie.

— M. le professeur Panas recommencera ses cliniques vendredi matin à neuf heures à l'Hôtel-Dieu. Il les continuera les lundi et vendredi suivants. Le mercredi examens ophthalmoscopiques.

Hospice de la Salpêtrière. — *Cours public sur les maladies mentales.* — M. le docteur Jules Falret, médecin de la Salpêtrière, commencera ce cours le dimanche, 9 novembre, à dix heures du matin, et le continuera les dimanche suivants, à la même heure. Le jeudi, à neuf heures du matin, examen clinique des malades.

Légion d'honneur. — Par décret en date du 30 octobre 1884, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur : MM. Chédan, médecin de 1re classe de la marine, et Bayard, médecin-major de 2e classe.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs

Sommaire

La pneumotyphoïde.

Les rapports qu'entretiennent la fièvre typhoïde et la pneumonie sont complexes.

Rien de moins précisé dans les développements de nos auteurs classiques et de plus indécis dans l'esprit des praticiens, que le problème soulevé, sous certaines données, par cette association pathologique.

Au même titre que toutes les maladies générales, la fièvre typhoïde s'accompagne le plus souvent d'inflammations parenchymateuses du type des bronchopneumonies lobaires ou pseudo-lobaires, qui ne sauraient donner lieu à aucune ambiguïté.

De même, la pneumonie lobaire franche, qui se présente le plus communément du deuxième au troisième septénaire, dont l'évolution se poursuit imperturbable à côté de la maladie primitive sans même, pour certains auteurs, en aggraver sensiblement le pronostic (Griesinger), la pneumonie lobaire, qui atteint un typhoïdique comme elle ferait un rhumatisant, un scarlatineux ou un sujet en pleine santé, ne saurait pas plus créer un litige étiologique que déconcerter le diagnostic (1).

Tout autres sont ces pneumonies lobaires précoces, contemporaines des premiers jours d'une fièvre typhoïde caractérisée. Un malade entre à l'hôpital avec de l'abattement, de la fièvre, de la céphalée, de l'insomnie ; il a saigné du nez ; il présente de la diarrhée, du météorisme, du gargouillement de la fosse iliaque droite. Les renseignements fournis par le

(1) Voir : Guillermet, thèse de Paris, 1878 : *Etude sur les complications pulmonaires de la fièvre typhoïde*, etc. — Galissart de Marignac, th. de Paris, 1881 : *De la pneumonie lobaire survenant dans le cours de la fièvre typhoïde.* — Dreyfus Brisac, *Gaz. hebdomad.* 1881, p. 538 : *De la pneumonie lobaire dans la fièvre typhoïde.*

FEUILLETON

CAUSERIES

L'Union des femmes de France. — Fondation d'une école dentaire officielle à Berlin. — Le davier perfectionné des dentistes japonais. — Trop de pitié pour les assassins. — Le vaccin régénérateur des cheveux.

L'Union des femmes de France vient de publier deux volumes, un gros et un petit, dont il faut, chers lecteurs, que je vous dise quelques mots.

Permettez-moi d'abord de vous présenter, si vous ne la connaissez déjà, cette Société philanthropique.

L'Union des femmes de France, fondée en 1876 par une réunion de dames, sous la présidence de Mme Kœchlin-Schwartz, et reconnue d'utilité publique par décret du 6 août 1882, a pour but de porter secours aux blessés et malades de l'armée en temps de guerre et aux victimes de malheurs publics; elle n'a eu depuis lors, heureusement, que peu d'occasions d'exercer ses fonctions bienfaisantes, mais on sait qu'elle n'a pas laissé échapper celles qui se sont offertes, et que nos corps expéditionnaires de Madagascar et du Tonkin ont reçu des envois de médicaments, de pièces de pansement, d'argent, de vin, etc., qui ont été on ne peut mieux accueillis.

Le premier ouvrage, le plus volumineux, a pour titre le *Manuel de l'infirmière-ambulancière*, et a été publié par la librairie G. Masson. Il a été rédigé d'après les

thermomètre sont en concordance : le diagnostic s'impose. Soudain la scène se complique : une pneumonie s'est jetée à la traverse. Et dès lors deux processus semblent évoluer parallèlement.

Le malade meurt : à l'autopsie on trouve des lésions du poumon correspondant à l'âge de la pneumonie ; les désordres du côté de l'intestin sont, le plus souvent, insignifiants ou négatifs.

Cet alliage se réalise encore suivant un mode inverse : c'est la pneumonie qui débute, et les phénomènes généraux s'accusent peu à peu dans le sens d'une fièvre typhoïde légitime.

Le temps n'est pas éloigné où on se serait borné à poser indistinctement le diagnostic de pneumonie à forme typhoïde, en admettant que les conditions individuelles du sujet ou le génie particulier des constitutions médicales suffisaient à imprimer cette allure typhoïde à la pneumonie, maladie primitive. Or, un examen plus attentif des faits de cet ordre amène à penser qu'ils doivent être envisagés le plus souvent comme le résultat d'une infection typhoïde qui s'est ici localisée au poumon, à la différence de la typhoïde commune, qui, dans la règle, affecte l'intestin. Si le poison typhique porte habituellement son action sur les organes hématopoiétiques, l'appareil lymphatique de l'intestin, la rate, le foie, etc., effleurant à peine le poumon, on conçoit que le contraire puisse avoir lieu, les lésions thoraciques étant dès le début prédominantes, à côté de lésions intestinales nulles ou effacées.

A côté de la fièvre typhoïde *dothiénentérique*, il existerait donc une fièvre typhoïde *pneumonique*, dont le nom de *pneumotyphoïde*, proposé par Gerhardt, l'un des premiers, est appelé à consacrer l'individualité (1).

C'est à rechercher jusqu'à quel point l'étiologie, la symptomatologie et l'anatomie pathologique justifient cette conclusion que nous voulons aujourd'hui appliquer nos efforts.

(1) Il convient de bien s'entendre avant tout sur le terme de *pneumotyphoïde,* qui n'est pas encore compris par tous les auteurs. C'est ainsi qu'un de nos bons manuels de pathologie médicale en donne cette définition : « Forme dans laquelle la pneumonie survient au début de la dothiénentérie et acquiert une intensité suffisante pour en masquer les symptômes importants. » Il y a là une double erreur, nosologique et clinique.

leçons et conférences faites aux élèves infirmières par des médecins dont bon nombre étaient d'anciens internes des hôpitaux, et dont quelques-uns mêmes appartenaient au corps des médecins ou chirurgiens de ces hôpitaux, MM. Dieulafoy, Dreyfus-Brissac, Huchard, Letulle, Pozzi, Reclus, Albert Robin et P. Segond. Il contient d'excellents conseils aux infirmières touchant la déférence et la subordination qu'elles doivent aux chefs de service, et les soins hygiéniques, médicaux et chirurgicaux qu'elles doivent aux malades ; — des éléments d'anatomie et physiologie, d'hygiène, de pathologie chirurgicale et de petite chirurgie ; — des éléments de médecine et de pathologie médicale ; — des instructions sur les soins à donner aux blessés et aux malades ; — sur la tenue des hôpitaux et des ambulances ; — sur la matière médicale et la pharmacologie.

La seconde publication, petite brochure d'une centaine de pages, est l'Annuaire de la Société, dont il nous donne les statuts, les noms des membres du Comité consultatif, composé en grande partie de professeurs de la Faculté de médecine, du Conseil d'administration ; des renseignements sur l'organisation des services, le programme des cours et les noms des professeurs, la liste générale des membres de la Société, des membres donateurs, et la liste des élèves qui ont subi des examens. On y trouve, en outre, le compte rendu de la dernière séance annuelle, qui eut lieu le 16 mai 1884 à la mairie du VIIe arrondissement, sous la présidence de M. Verneuil, et les discours fort remarquables prononcés par les présidents des diverses commissions.

L'Union des femmes de France a déjà de nombreuses ramifications dans les départements, et son organisation est telle que, comme le disait M. Verneuil dans son discours d'ouverture, « s'il vient à surgir quelque grand fléau, s'il s'allume encore une

I

« La littérature médicale, écrivait Lépine en 1878, est très pauvre en « observations qui puissent à bon droit être considérées comme se rap- « portant à des pneumotyphoïdes » (1). — A l'heure actuelle même, et bien que, sous l'impulsion imprimée en particulier par les travaux de ce maître sympathique, la notion ait fait son chemin, le dossier n'est encore rien moins qu'encombré.

La fièvre typhoïde à localisation pulmonaire est en effet d'une réelle rareté, et son diagnostic est souvent entouré de grandes difficultés.

Les instaurateurs de l'entité typhoïde, Petit et Serres, Louis, Bretonneau, etc., n'ont point soupçonné l'existence d'une détermination pulmonaire exclusive de l'affection. L'idée leur en fût-elle venue, ils n'eussent pu que la rejeter : car une telle conception était pour porter préjudice à leur grande découverte des lésions intestinales de la fièvre putride, qu'il s'agissait avant tout de faire prévaloir. En plaçant sur le même plan des lésions banales du poumon et les altérations spécifiques des glandes de Peyer, l'Ecole anatomique eût semblé se mettre en contradiction avec elle-même, et l'unité si laborieusement édifiée, s'en fût trouvée gravement compromise. La solution de ce problème réclamait une maturité de l'opinion dont l'heure est à peine venue.

Si l'on ne devait apporter les plus grandes réserves à l'interprétation rétrospective des observations dans un sens que leurs auteurs n'ont point soupçonné, sinon contraire à leur sentiment, le premier exemple de pneumotyphoïde devrait sans doute être recherché dans Chomel (2).

Il s'agit d'un malade qui, au cinquième jour d'un état de malaise général mal caractérisé, présente les signes d'une pneumonie ; au douzième jour, les symptômes typhiques s'accusent ; la mort survient le dix-neuvième jour. A l'autopsie, on trouvait le lobe inférieur du poumon gauche complètement hépatisé et, sur quelques points, passant à la suppuration. Dans l'iléon,

(1) *De la pneumotyphoïde.* Revue mens. de médecine et de chir., 1878, II, p. 881.

(2) *Clinique médicale*, p. 423. — G. Homolle croit encore pouvoir rapprocher de la pneumotyphoïde une observation de Petit et Serres.

---

lutte suprême où l'honneur et l'existence même de la patrie soient en jeu », elle pourra rendre de réels et importants services.

Si les femmes bornaient à cela leur ambition médicale !

*
* *

Pendant qu'en France les dentistes fondent eux-mêmes des écoles, en attendant que l'Etat, qui ne paraît pas être très pressé, fasse mieux, l'Allemagne, comprenant que le moment est venu (et il est venu depuis longtemps) de créer des chaires officielles ou des établissements officiels pour l'enseignement de l'art dentaire, vient de combler cette lacune.

Le 15 octobre dernier on inaugurait, à Berlin, un nouvel Institut dentaire, fondé sous les auspices du ministre de l'instruction publique, M. de Gorsler. Le professeur, docteur F. Busch, ancien assistant du professeur Langenbeck, en a été nommé le directeur; il est assisté de MM. Packel, Muller et Sauer, comme professeurs de dentisterie théorique et pratique. Le manque d'une institution centrale de ce genre se faisait depuis longtemps sentir, disent les journaux allemands qui rapportent le fait. Jusqu'alors, un grand nombre d'étudiants allemands étaient obligés d'aller chercher leur instruction odontologique à l'étranger. Les leçons, pendant la session prochaine, seront faites sur les sujets suivants : 1° chirurgie pratique; 2° maladies des dents et de la bouche; 3° théorie des obturations dentaires; 4° histologie normale et pathologique des dents; 5° introduction théorique à la dentisterie mécanique. Les cours pratiques suivants sont annoncés : 1° policlinique des maladies des dents et de la bouche, y compris l'extraction des dents;

une dizaine de plaques faisaient saillie, et une seule, la plus rapprochée du cœcum, offrait un commencement d'ulcération.

Chomel admit qu'il avait eu affaire à une pneumonie compliquée secondairement de fièvre typhoïde, hypothèse qui peut se soutenir, en raison de l'âge des plaques, d'au moins huit jours plus jeunes que la pneumonie; mais il resterait à savoir, comme le demande Lépine, si la pneumonie ne retarde par l'évolution des lésions lymphatiques de l'intestin, par dérivation, lorsque les deux processus sont sous la dépendance d'une cause pathogénique commune.

Grisolle a bien admis l'existence d'une pneumonie typhoïde qui doit être distinguée de la pneumonie compliquant la fièvre typhoïde; mais il n'est pas possible de tirer de ses déclarations embarrassées une idée suffisamment nette de ce départ qu'il n'a pas maintenu dans son *Traité de pathologie* (1).

Quant au *typhus à forme thoracique*, admis par tous les auteurs français, par Trousseau par exemple (2), on sait qu'il s'entend exclusivement de fièvres typhoïdes à bronchite prédominante, exclusive de toute inflammation parenchymateuse.

C'est Rokitansky qui a admis, un des premiers, une localisation pulmonaire primitive du poison typhoïde sous forme de pneumonie, le pneumotyphus, et en a donné sommairement le signalement macroscopique. Mais, dans ses publications ultérieures, suivant la remarque de E. Wagner, il semble avoir perdu de vue cette donnée (3).

Hirsch a surtout insisté sur le typhus du poumon qui sévit gravement, sous forme épidémique, au commencement de ce siècle, dans l'Amérique du Nord. De 1839 à 1841, il observa lui-même côte à côte, à Dantzig, le typhus abdominal et le pneumotyphus dont la mortalité fut considérable. Sa description écourtée n'est pour ainsi dire qu'une simple mention, et la

(1) *Traité de pathologie interne*, 1869, 9e éd., et *Traité de la pneumonie*, 1864, 2e éd.

(2) *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, t. Ier, p. 238.

(3) *Handb. d. path. anat.*, 1842, III, p. 104, et *Lehrbuch. d. anat. path.*, 1861, III, p. 222.

2° dentisterie opératoire, en particulier l'obturation des dents cariées; 3° dentisterie mécanique, ou prothèse dentaire (fausses dents).

L'instruction générale des étudiants dentistes en anatomie, physiologie, physique, chimie, et les diverses branches de la médecine pratique, leur sera donnée dans les cours des professeurs de l'Université.

En résumé, il s'agit donc d'une école dentaire dont les élèves peuvent étudier à l'Université ce qui a trait à la médecine générale, et dans leur école ce qui a trait à l'art dentaire. Cette école est donc en quelque sorte une annexe de l'Université, où une spécialité est étudiée au même titre que les autres, comme l'ophthalmologie, la laryngologie, etc.

Je vous donne cela à titre de renseignement, en attendant de connaître les résultats de cette innovation.

***

Au Japon, l'extraction des dents est arrivée à un degré de perfectionnement absolument inconnu en France, et je dirai même en Europe et en Amérique, dans les pays dotés depuis longtemps de bonnes écoles dentaires.

Les dentistes japonais n'épouvantent pas leurs victimes en offrant à leur vue les instruments de torture plus ou moins perfectionnés à l'aide desquels nos artistes arrachent à leurs clients les mauvaises, — sans compter les bonnes dents.

C'est délicatement, avec le pouce et l'index, que le dentiste japonais vous extrait une ou plusieurs molaires.

Il faut naturellement une grande pratique pour en arriver à ce point d'habileté.

récente édition de son grand ouvrage de *Géographie médicale* n'a pas comblé cette lacune (1).

Dietl et Kremer ont accepté le pneumotyphus ; Kremer admet une forme primitive et une forme secondaire, suivant que les symptômes pulmonaires précèdent ou suivent l'apparition des phénomènes intestinaux. Il note explicitement que, dans le pneumotyphus primitif, les symptômes intestinaux peuvent absolument manquer et qu'on ne trouve pas alors de lésions des follicules de Peyer (2).

Dans ses publications successives, Griesinger s'est montré hésitant et contradictoire. Cependant, reconnaissant d'abord l'existence de pneumonies lobaires précoces qui ne s'accompagnent que de lésions insignifiantes de l'intestin grêle, il finissait par admettre que ces accidents pouvaient être considérés « comme un pneumotyphus primitif, comme une déviation anormale de la maladie générale à son début, pourvu toutefois qu'on ne méconnût pas la dépendance étroite et spécifique qui lie ces cas à la fièvre typhoïde ordinaire ». Ces cas se présenteraient souvent dans certaines épidémies. Personnellement il n'en avait observé qu'un seul exemple authentique : fille de 15 ans, morte au neuvième jour de la maladie. On trouve à l'autopsie une pneumonie double à la période d'hépatisation rouge. Les glandes de Peyer sont légèrement tuméfiées, d'un rouge foncé ou grisâtre, un peu réticulées; sur une seule plaque, une perte de substance de la grosseur d'une tête d'épingle. Glandes mésentériques tuméfiées, violacées. Rate très développée (3).

Friedrich a signalé le fait suivant, d'une signification douteuse, chez un enfant de 6 ans. Début suraigu : diarrhée, vomissements, abattement, céphalée. Au bout de deux jours, pneumonie droite. Au cinquième jour de la maladie, les signes de la pneumonie s'effacent devant ceux d'une fièvre typhoïde grave, qui guérit en sept semaines. Il y eut récidive (4).

Dans un fait de Hérard, publié par Gauchet, nous voyons la maladie

(1) *Prager Vierteljahrsch,* 1853, IV, p. 101, et *Handb. d. hist.-geogr. path.,* 1881-83.
(2) Voir G. Sée, *Union méd.,* 1882, I, p. 920.
(3) *Traité des maladies infec.,* 1877, 2e éd. fr., p. 346; *Arch. f. phys, heilk.,* 1853, XII, page 1.
(4) *Des Adbom, typh. d. Kind.,* 1856, p. 68.

Pour l'obtenir, l'élève dentiste fait un apprentissage chez un maître ; il doit s'exercer longtemps à enlever des pointes de bois enfoncées dans des planches tendres d'abord, puis ensuite solidement fixées à coups de marteau dans le bois de chêne.

Quand l'élève, par un seul effort et sans secousse aucune, peut enlever une de ces dents de bois, alors on peut lui confier n'importe quelle mâchoire humaine, aucune dent, fût-elle fixée dans un râtelier d'acier, ne lui résistera.

Un habile opérateur japonais peut, en 30 secondes, et sans sortir les doigts de la bouche de sa victime, arracher aisément sa demi-douzaine de dents.

J'espère bien qu'à la première représentation de *Ma camarade*, lorsque Lavigne demandera à Daubray de lui montrer quelque tour japonais, celui-ci répondra : « Moi arracher dents à toi, avec doigts à moi. » Proposition que Lavigne refusera, bien entendu, comme les autres.

***

Si cela continue, on ne verra plus partout que la devise des dentistes ; Dieu aidant ! ou *Dieu et dents.*

Si cependant on peut s'apitoyer sur les souffrances des malheureux qui ont eu des rages de dents, je me sens moins disposé à faire chorus avec les journaux politiques, qui, à propos de l'exécution d'un gredin qui avoit voulu tuer sa femme et sa sœur et avait assassiné un homme accouru à leur secours, poussent de grands hélas ! parce qu'il a appris le sort qui lui était réservé, dix-huit heures avant l'exécution. Et encore c'était un Prussien !

Nos journaux commencent ce fait divers par ces mots : « Une correspondance de

débuter par des épistaxies répétées, une violente céphalée. Stupeur, langue sèche, pouls dicrote. Sensibilité du ventre, gargouillement de la fosse iliaque droite, tuméfaction de la rate. Puis apparaît une pneumonie. Le malade meurt et, à l'autopsie, à côté des lésions de la pneumonie, on trouve l'intestin et les ganglions mésentériques absolument normaux. Hérard rapproche ces faits de ceux qui ont été vus par Grisolle, lequel, pour nous, n'a pas eu la notion de la pneumotyphoïde (1).

Nous avons vu citer une observation de Heitler comme ressortissant à la catégorie de faits que nous étudions. Mais, en se rapportant au texte de cet auteur, on voit qu'il ne s'agit rien moins que d'une pneumotyphoïde, mais bien d'une fièvre typhoïde succédant, à dix jours d'intervalle avec apyrexie complète, à une pneumonie (2).

Gerhardt, qui observa un certain nombre de cas chez l'enfant, pense que le jeune âge constitue une prédisposition spéciale à la pneumotyphoïde. Les faits de Burkner et de Friedrich viendraient à l'appui de cette thèse. Dans la petite épidémie qu'il observait en 1875, la maladie débutait par une pneumonie franche, suivie, au moment où on s'attendait à la voir entrer en résolution, des symptômes ordinaires de la fièvre typhoïde : taches rosées, diarrhée, ballonnement du ventre, tuméfaction de la rate, etc. (3).

La thèse de Garbagni est consacrée à la description de la pneumotyphoïde et en relate quatre faits terminés par la guérison (4).

Barella, en rapportant plusieurs observations probantes, est porté à admettre que les pneumonies constituant une détermination primitive de l'intoxication typhique, sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit généralement (5).

R. Lépine publie le fait suivant : jeune garçon de 15 ans entrant à l'hôpital, malade depuis une semaine, en pleine épidémie de fièvre typhoïde. Il présente une grande lassitude, de la fièvre, de la diarrhée, du gargouillement de la fosse iliaque droite, etc. Il existe en même temps une pneumonie

(1) *Union méd.*, 1860, II, p. 131.
(2) *Deutsches Arch. f. klin. med.*, 1874, XIII, p. 340.
(3) *Thür. Corr. Bl.*, 1875, IV, nº 11, et *Handb, d. kind. Krank.*. 1877, II, p. 388.
(4) *Uber d. Pneumotyph.*, Wurtzb. Dissert., 1875.
(5) *Bulletin de l'Académie de méd. de Belgique,* 1877, p. 124.

Berlin donne d'*affreux détails* sur une exécution capitale qui a eu lieu dans cette ville. » C'est à faire frémir ! Pauvre assassin ! Ce malheureux, qui s'appelait Gronach, pour vous servir, fut prévenu de son exécution dès la veille au matin.

Dans l'après-midi, on le fit sortir de sa cellule pour le conduire à la prison de Moabites et l'enfermer dans la geôle des condamnés à mort. A partir de ce moment, l'agonie du misérable a commencé.

A peine arrivé à la prison, il a reçu la visite du bourreau, visite absolument inutile et qui n'a pu qu'augmenter les angoisses du misérable, dont l'abattement et la prostration étaient déjà complets. L'exécution était fixée au lendemain, à sept heures et demie du matin. Dès six heures, on a ordonné au condamné de se lever, on lui a fait endosser les vêtements ensanglantés qu'il portait le jour du crime, puis la promenade fatale a commencé.

Arrivé dans la cour de la prison, où on avait dressé l'échafaud, le condamné a dû se tenir devant une table derrière laquelle étaient assis des magistrats, et on lui a donné lecture du jugement et du décret de l'empereur rejetant son pourvoi.

C'est seulement après cette formalité, qui a occupé plus d'une demi-heure, que les magistrats ont livré le condamné au bourreau. Alors est venue la toilette funèbre.

Le condamné a été déshabillé presque jusqu'à mi-corps, les bras et les mains solidement ligotés et, enfin, il a dû gravir les marches de l'échafaud, se mettre à genoux et appuyer la tête sur le billot.

Et ce n'est qu'à la suite de tous ces préparatifs interminables que les aides ont soulevé les pieds du condamné et que le bourreau, d'un rapide coup de hache, lui a tranché la tête.

du sommet du poumon droit. Le lendemain, en même temps que l'état général et la fièvre s'aggravent, toute trace de pneumonie disparaît. Sous l'influence des bains froids et de la quinine, la fièvre tombait en quelques jours. La maladie avait complètement évolué en deux septenaires environ (1).

On doit au même auteur, qui a beaucoup fait, par ses travaux de critique et son enseignement clinique, pour généraliser en France cette notion de la pneumotyphoïde, la publication plus récente d'une seconde observation, suivie d'autopsie. C'est encore un jeune homme de 15 ans, nouvel arrivé à Lyon, qui prend, après avoir bu un verre d'eau froide en sueur, des frissons, de l'oppression, de la toux. A l'examen, huit jours après, on constatait un état adynamique, une fièvre intense (40°,4) et les signes physiques d'une pneumonie de la partie moyenne du poumon gauche : souffle tubaire type, exagération des vibrations thoraciques, crachats visqueux; et, deux jours après seulement, du gargouillement de la fosse iliaque droite, des taches rosées sur l'abdomen. Puis la pneumonie entre en résolution dans les délais normaux et les symptômes d'une fièvre typhoïde grave gardent la scène pendant quinze jours encore, en dépit des bains froids, aboutissant à la mort dans un état marastique avancé.

A l'autopsie, le poumon avait repris sa perméabilité dans toute son étendue. Du côté de l'abdomen, ganglions mésentériques volumineux, mous, violacés, légère splénomégalie ; dégénérescence cireuse, à l'œil nu, des muscles droits de l'abdomen. Comme lésion intestinale, on constatait exclusivement de la psorentérie dans la dernière moitié de l'iléon et deux plaques de congestion à quelques centimètres de la valvule iléo-cœcale : ces plaques étaient beaucoup plus larges que les glandes de Peyer, qu'on trouvait très apparentes, normales, présentant l'aspect d'une barbe récemment faite (2).

(La fin au prochain numéro.) R. Longuet.

(1) *Revue méd. de méd. et de th.*, 1878, II, p. 881.
(2) *Lyon médical*, 1882, III, p. 633, et *Union méd.* (Société méd. des Hôp.), 1883, I, p. 377.

Le supplice de Gronach a donc duré dix-huit heures, par suite de longueurs absolument inutiles et de formalités qu'on aurait dû supprimer pour abréger les souffrancos morales du condamné.

Quant aux victimes et aux souffrances physiques qu'elles ont pu endurer par suite de leurs blessures, pas un mot.

Vous me croirez si vous voulez, mais moi qui n'ai pas tué une mouche depuis que j'ai l'âge de raison, je ne trouve pas mauvais qu'on fasse un peu attendre les assassins, qu'on leur fasse expier, par quelques heures d'angoisses, les forfaits qu'ils ont commis. Sans doute ce sont des hommes, mais leurs victimes aussi étaient des créatures humaines, et la peine de mort telle qu'elle est appliquée maintenant, *tuto et cito*, est moins douloureuse que l'extraction d'une dent. (Décidément je ne pense plus qu'à cela.) Où donc alors est l'expiation pour le criminel? Je suis persuadé, pour ma part, que les angoisses qui précèdent la mort sont de nature à effrayer plus les coupables que la mort elle-même, et je prolongerais volontiers cette période péliminaire (dût-on gracier ensuite le condamné), parce que je la crois plus capable d'arrêter sur la pente du crime ceux qui sont tentés d'y mettre le pied, que la vue de l'exécution elle-même.

* * *

Puisque vous trouvez, j'en suis sûr, que tout ceci est fort lugubre, je vais terminer par quelque chose de plus gai, que j'emprunte à notre spirituel confrère, M. Diday, qui l'a raconté dans le *Lyon médical*.

On vaccinait, il y a quatre mois, une enfant d'un an environ avec du vaccin animal

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1884.

PARIS. — Quelques cas de choléra ont été observés depuis deux ou trois jours dans la ville et les hôpitaux. L'un d'eux avait une marche rapide; mais la nature asiatique d'un certain nombre mériterait discussion, surtout après les déclarations dernières de M. Beaumetz à l'Académie. Pendant la journée de jeudi on a compté, en effet, dans les hôpitaux 12 entrées et 7 décès.

DÉPARTEMENTS. — Le choléra disparaît rapidement du midi de la France. Depuis le 1er novembre, aucun malade douteux n'a été observé à *Marseille*, et la Santé délivre aux navires des patentes nettes. Le choléra marseillais est donc vraisemblablement terminé. Durant le mois d'octobre il avait fait 49 victimes, chiffre peu élevé pour une mortalité générale de 793 personnes.

Dans les départements méditerranéens, les cas qu'on signale encore sont peu nombreux et isolés.

A *Yport*, dans la Seine-Inférieure, il y a eu 3 décès depuis le 2 novembre ; de sorte que depuis l'invasion on a compté, dans cette localité, 30 malades et 14 décès.

A *Nantes*, l'autorité a pris enfin la décision d'avouer l'existence de l'épidémie. Du 31 octobre au 6 novembre, on évalue à 40 ou à 50 les cas déclarés et à 31 les décès. La maladie est toujours cantonnée dans les quartiers pauvres, encombrés et insalubres ; néanmoins on a observé quelques cas dans les autres parties de la ville.

ALGÉRIE. — La mortalité quotidienne varie peu à Oran, et le nombre des décès reste compris entre 3 et 6. Du 4 au 5 novembre, il a été de 17.

ETRANGER. — Enfin en Italie l'atténuation est telle, qu'on espère la disparition très prochaine de la maladie. Du 24 octobre au 4 novembre, la morbidité cholérique a été de 88 cas et la mortalité de 44. — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 25 octobre 1884. — Présidence de M. POLAILLON.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

La correspondance imprimée comprend : La *Gazette médicale de Picardie*, — le *Compte rendu général des Sociétés savantes*, — le *Concours médical*, — le *Journal d'hygiène*, — la

---

envoyé dans une plaque par le service de la municipalité de Lyon. L'inoculation fut faite par deux piqûres à la partie antérieure de chaque cuisse. Tout marchait à souhait, lorsque *soixante jours* après l'opération, on vit pousser autour de la cicatrice, récemment formée, comme une couronne de poils. Grêles, follets, presque incolores d'abord, ils prirent bientôt corps, longueur et couleur.

« C'est dans cet état et ne tendant ni à tomber ni à décroître, ajoute M. P. Diday, que j'ai pu de mes yeux les voir tels qu'ils sont, au bout de quatre mois, le 20 septembre dernier.

« Curieux spectacle qu'offre tout autour d'une cicatrice dont la rougeur persiste encore, une double et triple rangée non interrompue de poils de 6 à 8 millimètres, dont la couleur d'*un roux de vache* tranche sur le fond absolument glabre d'une fine peau d'enfant. »

Tout de suite M. Diday songea à glisser sous la peau de son crâne quelques gouttes de ce vaccin *pilifère;* mais il renonça à son projet, ne fit pas l'expérience, et perdit peut-être ainsi l'occasion d'inventer une nouvelle et infaillible méthode de régénération capillaire!

Mais qu'aurait fait M. Diday de ces cheveux roux? et d'un roux de vache? Peut-être que chez lui la nouvelle pousse eût été blanche. S'il n'eût pas perdu cette occasion unique dans la science, on aurait pu dire qu'il l'avait saisie par les cheveux, n'est-il pas vrai?

SIMPLISSIME.

Revue de thérapeutique médico-chirurgicale, — le *Journal de médecine de l'Ouest*, — le *Journal des sages-femmes*, — le *Progrès médical.*

M. le docteur Bernard, membre correspondant, adresse une brochure sur le *blépharophthalmostat.*

M. Polaillon offre un exemplaire de l'ouvrage qu'il vient de publier, *De la chirurgie du doigt.*

M. Rougon, au nom de M. de Saint-Vel, présente un ouvrage de cet auteur : *La douleur physique et morale au point de vue physiologique et pathologique.*

M. Perrin demande à répondre aux considérations présentées dans la dernière séance par M. Abadie sur la transmissibilité du choléra.

Si, dit-il, on peut affirmer que la doctrine de la contagion a rallié aujourd'hui l'immense majorité des médecins, surtout depuis que la doctrine microbienne lui est venue en aide, doctrine dont notre honorable collègue a cherché à mettre en relief la haute et incontestable valeur dans l'étude étiologique des maladies contagieuses, il n'est pas moins certain, en ce qui concerne le choléra, que les faits de la plus rigoureuse observation, contraires à cette doctrine, se comptent par milliers, et autorisent, par conséquent, à ne l'admettre que sous de nombreuses restrictions. De telle sorte que le problème à résoudre, en définitive, à l'heure présente, ne consiste plus à se demander, comme on l'a fait jusqu'à présent, si, oui ou non, le choléra est ou n'est pas contagieux, mais bien dans quelle mesure et dans quelles conditions il peut le devenir, c'est-à-dire se transmettre, en dehors de toute influence épidémique, d'un individu malade à un sujet bien portant. Or, les faits que nous nous proposons d'énumérer devant la Société, bien que connus pour la plupart et d'ordre essentiellement négatif, prouvent combien il est difficile de les concilier avec les idées actuellement en cours sur divers modes de propagation du choléra, et, en particulier, sur l'importance étiologique que l'on accorde au rôle des matières fécales.

Or, des observations rigoureuses dont il s'agit, il ressort, en effet, que, dans toutes les épidémies de choléra qui ont successivement régné à Paris, depuis 1832, les personnes qui, par profession, ont le plus approché les malades ou les morts, médecins, prêtres, sœurs de charité, garde-malades, infirmiers, employés des pompes funèbres, ont été relativement épargnés; qu'il en a été de même pour les individus qui, par profession également, tels que les blanchisseuses et les ouvriers vidangeurs, sont journellement en contact avec les déjections provenant des cholériques ou avec les linges et objets de literie à leur usage. C'est ainsi, — pour ne parler que de l'épidémie de 1865, qui a plus particulièrement, à cette époque, fait l'objet de nos investigations comme membre de la commission des logements insalubres, — qu'il nous a été donné d'acquérir la preuve, après enquête de notre part auprès des services d'assainissement de la préfecture de la Seine et des Compagnies privées de vidanges, que les ouvriers vidangeurs (résultat qui s'est confirmé dans les épidémies ultérieures) n'ont pas été atteints en plus grand nombre, sinon moindre, que dans d'autres professions réputées salubres; que ceux de ces ouvriers, qui sont plus spécialement préposés à l'enlèvement, à courts intervalles, des quinze à vingt mille tonneaux de fosses mobiles dispersés, çà et là, dans le sous-sol plus ou moins méphitisé de la plupart de nos habitations parisiennes, sont également restés indemnes vis-à-vis de la contagion, malgré leur contact direct, incessant et inévitable avec des matières fécales relativement fraîches qui, d'après la doctrine microbienne, devraient être bien autrement dangereuses que les matières fermentées des fosses fixes, s'il est vrai que l'intestin et son contenu soient l'habitat exclusif du fameux bacille en virgule.

Quant aux ouvriers égoutiers qui, au nombre de plusieurs centaines, travaillent, du matin au soir, dans nos égouts municipaux, ils n'ont pas davantage payé à la maladie ou à la mort, par choléra, un tribut exceptionnel.

Cette immunité relative a été pareillement le partage des blanchisseuses. Dans le Rapport officiel de 1865, cette profession, si nombreuse dans le département de la Seine, n'occupe, sous le rapport de la mortalité, que le n° 81, sur 86, dans l'ordre des professions atteintes. A la même époque, aucun décès cholérique dans les hôpitaux ne s'est manifesté parmi les femmes employées au blanchissage.

De même pour les employés des pompes funèbres, sur onze cents personnes dont se composait, en 1865, le personnel de cette administration, une seule a été frappée de choléra (*Déclaration de M. Dumas, président du Conseil municipal, dans la séance du.....* 1865). A ceux qui objecteraient que ces employés, à l'instar des médecins, pourraient, par le fait de l'habitude, être jusqu'à un certain point réfractaires aux attaques des maladies trans-

missibles, nous répondrons que la même immunité a été observée chez les *employés auxiliaires*, que, dans l'épidémie cholérique de 1832, par exemple, l'Administration des pompes funèbres avait été obligée d'embaucher, et de choisir, le plus souvent, parmi de malheureux ouvriers, sans ouvrage, absolument étrangers au service qu'on réclamait d'eux.

En rappelant ici les faits qui précèdent, nous ne nions point, dans certains cas, la possibilité de propagation du choléra par migration de personnes et même de choses ; ce que nous nous refusons à admettre, c'est l'importance exagérée qu'on accorde aujourd'hui, selon nous, à ce mode exceptionnel d'extension de la maladie, et à la prétendue efficacité de certaines mesures barbares, ruineuses et souvent ridicules de prophylaxie, qui en sont trop souvent la conséquence. En tout cas, si l'on nous conteste la valeur de nos observations, il faut convenir que la contagion du choléra est parfois bien singulière et bizarre, puisqu'elle respecte presque constamment, comme nous l'avons prouvé, ceux qui, par état, sont placés au premier rang pour en subir les atteintes.

M. Abadie. — J'accueille avec empressement les documents intéressants qui viennent de nous être fournis par M. Perrin et je suis heureux de constater que les faits si nombreux empruntés à sa grande expérience clinique concordent parfaitement avec les théories microbiennes.

Que résulte-t-il en effet des recherches de Koch, sinon que le bacille caractéristique du choléra a surtout pour milieu de culture les muqueuses et les sucs contenus dans le tube intestinal, que par conséquent il se retrouvera surtout dans les déjections cholériques ? D'autre part, c'est principalement dans les liquides qu'il continue à se développer ; au contraire, desséché à l'air libre, il semble perdre rapidement ses propriétés nocives.

Or, M. Perrin vient nous prouver, par des faits bien observés et consciencieusement recueillis, que même dans les grandes épidémies dont il a été témoin, les vidangeurs, les égoutiers, les employés des pompes funèbres, les médecins, les infirmiers, etc., n'ont pas été plus frappés que les autres, et il conclut qu'il faut faire quelques réserves au sujet de la contagion du choléra. Contagion ou mieux transmission par l'intermédiaire de l'air, je le veux bien, et sur ce point nous commençons à être d'accord. Evidemment si ce mode de contagion était chose commune, la mortalité devrait être considérable parmi ceux qui vivent dans ces milieux délétères.

Qu'un certain nombre de personnes se trouvent fortuitement placées dans un espace rempli d'acide carbonique, elles ne seront pas plus épargnées les unes que les autres, et la mortalité chez elles sera effrayante.

Pourquoi donc la mortalité n'est-elle pas plus grande chez ceux qui manipulent les matières fécales ou qui soignent les malades ? Parce qu'évidemment les émanations provenant des déjections ou des malades eux-mêmes ne sont pas délétères ; il n'y a pas d'autre interprétation possible.

Mais si, au contraire, ces matières fécales, ces déjections de toutes sortes viennent à souiller les eaux qui servent à l'alimentation, à la toilette, alors malheur à ceux qui vont en faire usage ; c'est chez eux surtout que la mortalité va devenir effrayante, et en réalité, c'est bien ainsi que les choses se passent, comme l'a montré l'enquête si judicieusement établie par M. Marey.

Je le répète donc, les expériences micro-biologiques de Koch ne font qu'éclairer d'une vive lumière ces questions jusqu'alors si obscures de transmission du choléra et elles ont par conséquent une importance capitale au point de vue de la prophylaxie.

M. Perrin : En admettant, comme le croit M. le docteur Abadie, que la raison des faits que j'ai relatés, cadre mieux avec les données expérimentales de la microbiologie, je n'en doute pas moins que le bacille de Koch, par le mode de propagation qu'on lui attribue, puisse donner en même temps une explication satisfaisante de ce qui constitue, on le sait, la triple caractéristique de toute épidémie, à savoir : sa durée limitée, ses inégalités et ses recrudescences singulières dans la succession des cas observés, sans invoquer, relativement au choléra, en particulier, la cause de beaucoup la plus générale et la plus active, *l'action épidémique,* quelque complexe et obscure d'ailleurs qu'elle puisse être.

En preuve de notre affirmation, et en terminant, nous nous bornerons à rappeler que pendant les 189 jours qui, à partir du 25 mars jusqu'au 30 septembre, ont formé toute la durée de l'épidémie de 1832, le nombre des malades entrés dans les hôpitaux, pour chaque mois, a été le suivant (1) :

(1) *Rapport officiel sur le choléra de 1832*, p. 142.

Mois.	Nombre de jours.	Nombre de malades.
Mars	6	203
Avril	30	8.934
Mai	31	1.293
Juin	30	635
Juillet	31	1.576
Août	31	808
Septembre	30	328
Total	189	13.707

Sur la proposition du Secrétaire général, la Société de médecine de Paris déclare adhérer à l'adresse par laquelle l'Académie de médecine, parlant au nom du corps médical français tout entier, exprime ses sympathiques condoléances à S. M. le roi de Danemark et au peuple Danois, à l'occasion de l'incendie du palais de Christiansborg.

M. Thevenot lit un travail sur la dysménorrhée et les crises de coliques hépatiques. (Sera publié.)

M. Thorens, au nom de M. Millot-Carpentier (de Montécouvez), membre correspondant, donne lecture d'une observation : Quelques considérations médico-physiologiques sur un cas de morsure de rat, suivie d'intoxication, ayant déterminé des accidents nerveux simulant l'hydrophobie et l'apparition d'un purpura à forme intermittente. (Sera publié).

M. de Beauvais : La morsure du rat peut amener des accidents d'infection ; je connais ce fait d'un chien ratier, qui fut saisi aux narines par un rat et assez fortement pour que la narine fût déchirée ; deux jours après, il était pris d'accidents fébriles, d'un ictère hémorrhagique et il mourait au bout de quatre jours.

M. Gillebert-d'Hercourt père se rappelle avoir entendu citer l'histoire d'un cuirassier de la garde royale qui fut mordu à la jambe par un rat, et qui succomba aux suites de cette morsure.

M. Fraigniaud ne voit dans l'observation de M. Millot-Carpentier rien qui ait quelque ressemblance avec la rage.

M. Rougon pense qu'il s'agit d'un cas de septicémie, et que c'est à celle-ci qu'il faut attribuer l'état de suffocation.

M. Christian : Je crois que le cas peut être interprété sans recourir à l'hypothèse d'un empoisonnement spécial. Il me semble que le sujet était déjà avant l'accident, dans un état de santé précaire, misérable, anémié, peut-être même paludéen, et son métier permet de le supposer; le purpura l'indiquerait et ne figurerait qu'à titre de coïncidence avec la morsure. Les autres hommes de l'équipage devaient parler de l'accident, dire que le rat était enragé, avoir peur et par là ébranler l'état moral du blessé. Quand celui-ci était pris d'un accès de fièvre, il survenait alors chez lui facilement des accidents nerveux, lesquels ont simulé les accidents d'hydrophobie. Je ne vois pas dans cette observation la preuve d'un empoisonnement spécial; je pense qu'il s'agit d'un traumatisme chez un garçon déjà maladif et anémique.

M. Abadie regarde le fait de M. Millot-Carpentier comme fort intéressant, en se plaçant au point de vue des différences que la rage peut présenter chez les divers animaux. M. Pasteur a démontré que la rage du singe inoculée au chien est atténuée, et rend celui-ci réfractaire à contracter la rage. Ce qui en est du rat, on ne le sait encore. En tous cas, le malade ne semble pas, d'après les termes de l'observation, avoir un système nerveux très développé, ce n'est pas une femme hystérique; il y a eu de plus une période d'incubation, dont l'existence semble plaider en faveur de l'intoxication.

M. Perrin demande ce qu'il peut y avoir de vrai dans cette croyance populaire, d'après laquelle sous l'influence d'une vive colère, la salive de l'homme ou des animaux serait susceptible d'acquérir des propriétés virulentes.

Gillebert-d'Hercourt rappelle que le docteur Dutognat a publié le fait d'un enfant, mordu par un chien en colère, qui succomba à la rage au bout de vingt-huit jours, le chien ayant survécu et n'ayant jamais présenté de signes de rage.

M. Polaillon : Rien n'indique qu'il s'agisse ici d'un cas de rage. On peut facilement

expliquer les phénomènes nerveux par l'hypothèse d'un tétanos chronique, survenu spontanément, après le traumatisme chez un individu soumis à des intempéries, à des refroidissements continuels. Le purpura ne serait qu'une coïncidence.

M. le docteur Mazaé Azéma est nommé membre correspondant à l'unanimité des votants.

M. le Président déclare vacante une place de membre honoraire : l'examen des candidatures est renvoyé à une commission composée de MM. Duroziez, Fraigniaud et Dubuc.

— La séance est levée à six heures.

Le secrétaire annuel, Apostoli.

COURRIER

Le mercredi 5 novembre, la Société des chirurgiens des hôpitaux s'est réunie en séance extraordinaire, pour discuter la question de l'*internat des femmes.* Après un chaleureux discours de M. Verneuil en faveur des étudiantes, une brillante réplique de M. Trélat, et quelques réflexions échangées par d'autres membres, la réunion s'est prononcée contre l'internat des femmes à la presque unanimité. Quatre voix ont voté *pour ;* il faudrait même dire trois et demie.

Assistance publique. — On nous dit que le nouveau directeur de l'Assistance publique serait M. le docteur Peyron, frère du ministre de la marine. — Nous attendons, en la désirant, la confirmation de cette nouvelle.

Nécrologie. — La famille médicale vient de perdre un de ses membres les plus distingués : Rufz de Lavison est mort dimanche dernier, dans sa maison du boulevard Maillot, à l'âge de 80 ans. La génération qui s'en va se rappelle l'avoir vu, de 1835 à 1840, agrégé de la Faculté de médecine de Paris. Puis, tout à coup, entraîné par des raisons de famille, il disparaît de l'horizon parisien ; il abandonne la robe de l'agrégé, qui eût été certainement remplacée par celle du professeur, et il va s'installer à la Martinique, son pays natal. Rufz y resta plus de vingt ans, engagé dans une clientèle active et distinguée, non moins que dans les obligations que lui imposait une charge de maire de la principale ville de la Martinique, et de président du Conseil général de la colonie. La France a revu, depuis l'année 1856, son enfant prodigue, qui n'a pas manqué de faire servir ses talents d'administrateur au profit de son pays ; car, lorsque le magnifique jardin d'acclimatation du bois de Bologne fut créé, Rufz en fut nommé, à l'unanimité, directeur par le Conseil d'administration. Les Parisiens lui doivent donc, en partie, cet intéressant but de promenade, où l'utile est mêlé à l'agréable. Notre digne confrère laisse un assez grand nombre de travaux, parmi lesquels nous citerons : des *Recherches sur les empoisonnements pratiqués par les nègres de la Martinique* (1844) ; — une *Enquête sur le serpent* (1843) ; — des *Recherches sur la santé et la mort des nègres dans les habitations ;* — *Sucreries de la Martinique* (1849). Rufz s'est aussi essayé dans la poésie ; à 26 ans, étant encore sur les bancs de la Faculté de médecine de Paris, il a écrit une tragédie en vers et en cinq actes : *Sand, ou les étudiants allemands* (1835, in-8°), tragédie qui fut même représentée à l'Odéon en 1832, puis retirée par son auteur après les tentatives d'assassinat contre le roi Louis-Philippe. Etienne Rufz de Lavison était né à Saint-Pierre-de-la-Martinique, le 14 janvier 1806, et il était membre correspondant de l'Académie de médecine. Les qualités de son cœur égalaient celles de son esprit ; les personnes qui ont vécu dans son intimité n'oublieront jamais le charme de sa conversation, sa douce philosophie, la solidité de ses affections, et son inaltérable dévouement envers ceux qu'il estimait et qu'il aimait.

A. Chereau.

Voies urinaires. — Le docteur Delefosse reprendra son cours sur les voies urinaires à l'École pratique le mardi 11 novembre, amphithéâtre n° 1, et le continuera les vendredi et mardi suivants à la même heure. Il traitera cette année « de la rétention d'urine ».

Le Gérant : G. Richelot.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs

N° 159 **L'UNION MÉDICALE** Dimanche 9 Novembre 1884.

Sommaire

BULLETIN

Au mois de juillet, l'assemblée de la Faculté a voté une modification importante dans l'enseignement de la clinique médico-chirurgicale de l'Hôtel-Dieu. D'après cette décision, les professeurs G. Sée et Cornil se sont entendus pour faire, l'un les leçons de clinique (les lundis et vendredis), l'autre (tous les mercredis) une conférence d'anatomie pathologique sur les autopsies des malades qui auront été observés à la clinique. — La concordance de ces études présentera des avantages incontestables pour l'enseignement.

La pneumotyphoïde (1).

II

Korangi admet l'existence du pneumotyphus débutant par une pneumonie à laquelle s'ajoutent peu à peu des symptômes typhoïdes. Mais il est visible, par sa description et son énumération des localisations secondaires, la pleurite, la péricardite, la péritonite, l'ictère, etc., qu'il a surtout en vue les pneumonies infectieuses (2).

Mentionnons avec un point d'interrogation une observation de H. Mollière, présentée d'abord par l'auteur comme une dothiénentérie compliquée de pneumonie essentielle, mais qu'il a été tenté plus tard de rapprocher des faits de R. Lépine, dont il accepte l'interprétation. Un malade, dont on note l'habitation antérieure dans un milieu infectieux, présente au septième jour les symptômes classiques de la dothiénentérie. T., 40°; diarrhée, gargouillement de la fosse iliaque, état général, etc. Au neuvième jour, des crachats teintés et adhérents amènent à découvrir l'existence d'une pneumonie aiguë du sommet droit. La résolution de la pneumonie entraîne en quelques jours la défervescence du typhus (3).

M. Lannois publie une observation analogue. Pendant l'épidémie de fièvre typhoïde, qui sévit en 1881 sur la garnison de Lyon, un soldat de 22 ans entre à l'hôpital, présentant tous les symptômes d'une dothiénentérie dont le début remonte à quatre jours. Stupeur, insomnie, inappétence, tympanisme, diarrhée, gargouillement de la fosse iliaque, rate volumineuse. Le lendemain, l'auscultation révèle l'existence d'une vaste pneumonie occupant presque toute l'étendue du poumon droit; crachats caractéristiques. La langue est sèche, fuligineuse. Les autres symptômes persistent ; le facies est bien d'un typhique. Les lésions pulmonaires s'aggravent, et le surlendemain le malade succombe dans l'asphyxie, au huitième jour de la maladie environ. A l'autopsie, lésions prévues d'une pneumonie arrivée à la période d'hépatisation rouge. L'intestin grêle présente, à sa partie inférieure, huit ou dix plaques de Peyer hypertrophiées, faisant une saillie de 3 ou 4 millimètres au-dessus de la muqueuse, d'aspect rosé, sans aucun point altéré. Quelques autres plaques, plus petites, psorentérie assez abondante s'éten-

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 8 novembre 1884.

(2) *Lyon médical*, de la Pneumonie tub. dans la f. typh., 1881, III, et 1883, I, p. 21.

(3) *Eulenbyrg's real. Encycloped.*, 1881, VIII, p. 383.

dant jusque dans le cœcum. Ganglions mésentériques volumineux. Congestion rénale (1).

G. Sée admet la pneumotyphoïde comme présentant une variété distincte de pneumonies spécifiques. Ce n'est pas la pneumonie franche avec symptômes typhiques, mais bien une inflammation lobaire croupale, qui peut constituer la seule localisation du poison typhoïde. Sans citer de nouveaux faits, il s'appesantit sur les difficultés du diagnostic de ces formes, que n'éclairerait même pas l'autopsie (2).

Langer a traité dans une saison, à l'hôpital de Sexhans, 76 pneumonies, parmi lesquelles 25 pneumotyphus, de par l'étiologie et la symptomatologie, forme *vicariante,* comme il le dit d'un mot topique, du typhus abdominal. Ces 25 pneumotyphus ont fourni 5 décès, survenus après 13 jours de maladie en moyenne. Débuts languissants, symptômes abdominaux marqués, quelquefois des vomissements. Deux fois, à l'autopsie, on a noté le ramollissement de la muqueuse de l'intestin grêle et des follicules proéminents; trois fois des ecchymoses du jéjunum et de l'iléon; dans tous les cas, tuméfaction considérable des ganglions mésentériques (3).

Dans son remarquable article du *Dictionnaire* de Jaccoud, le regretté G. Homolle consacre à la pneumotyphoïde une place qu'on eût voulu moins écourtée (4). Il tend à ranger dans son cadre toutes les pneumonies initiales de la fièvre typhoïde, accident d'ailleurs très rare. 3 cas se sont présentés, dans ces derniers temps, à la clinique de Necker et ont été l'objet d'une leçon orale de Potain. Un de ces cas a été observé par Homolle, qui en a vu deux autres exemples chez des enfants, dans le service de H. Roger. Au dire de Parrot, la fièvre typhoïde avec peumonie initiale ne serait pas très rare dans l'enfance. M. Cadet de Gassicourt en rapporte également une observation. Mais, en citant ce dernier auteur, il n'aurait pas été inutile d'ajouter qu'à son sens, ainsi qu'il s'en est nettement expliqué, ces pneumonies sont toujours une complication accidentelle de la dothiénentérie (5). Une observation de Girard (Th. de Paris, 1882), une autre d'Ellerg Stedman appartiennent légitimement à la pneumotyphoïde.

Le professeur E. Wagner vient de publier sur cette question un important travail; mais la forme dubitative du titre qu'il a choisi en révèle bien à l'avance les tendances. Et, en effet, après avoir exagéré les espèces et les divisions, multiplié comme à plaisir les difficultés d'un problème déjà suffisamment ardu, il se défend de conclure et nous oblige à montrer plus de décision que lui-même (6).

— La domestique d'un magasin d'animaux exotiques (singes, perroquets, etc.) tombe malade et vient faire à l'hôpital une fièvre typhoïde grave. Peu après, une autre fille du même établissement, âgée de 17 ans, est admise avec tous les phénomènes généraux annonçant une fièvre typhoïde. Toutefois, les symptômes abdominaux sont négatifs; la malade éprouve de la constipation. On constate au sixième jour l'existence d'une pneumonie lobaire inférieure à gauche. Le lendemain, l'état général est amélioré; herpès labialis. La température commence à tomber le onzième jour; les phénomènes généraux s'apaisent parallèlement, ainsi que la pneumonie. Température normale au quinzième jour. La malade n'a pris que quelques bains tièdes.

— Homme de 22 ans, donnant ses soins à un typhique, quand il est tombé

(1) *Lyon médical*, 1882, III, p. 596.

(2) *L'Union médicale*, 1882, I, p. 917 et suivantes.

(3) *Wiener med. Wochenschr.*, 1883, XXXIII, p. 801 et 842.

(4) *N. Dict. de méd. et de thér. prat.* Art. FIÈVRE TYPHOÏDE, 1884, XXXVI, p. 694. Voir aussi, du même auteur, *Revue des sciences médicales* de Hayem, 1877, X, p. 314 et 681.

(5) *Traité des maladies de l'enfance*, II. Voir Société méd. des hôpitaux, *Union médicale*, 1883, 1, p. 376.

(6) *Deutsch. Arch. f. klin. med.*, 1884, XXXV, p. 191.

malade lui-même et a présenté tous les signes d'une fièvre typhoïde légitime, sauf encore les symptômes abdominaux. Type de la fièvre subcontinu. Au neuvième jour, apparition d'une pneumonie. Aux onzième et douzième jours, défervescence par lysis.

— Terrassier, 37 ans, occupé à des travaux de canalisation. Huit jours de malaise et d'un état général typhoïde sans symptômes abdominaux; au neuvième jour, pneumonie double qui met treize jours à évoluer et à entrer en complète résolution.

— Homme de 52 ans : exhibe sur le champ de foire une collection d'histoire naturelle (sujets préparés) et habite une auberge infectée de typhus. Après un frisson, peu à peu un état général grave d'abord, sans localisation. On le voit au dixième jour. Langue sèche, crustacée; météorisme; taches rosées; tuméfaction de la rate; urines normales. Début d'une pneumonie à gauche en arrière. Sensorium intact. Les jours suivants, une ou deux selles diarrhéiques, quelquefois involontaires. Au quatorzième jour, signes d'une pneumonie à droite, en arrière. Chute de la température par lysis; elle est normale le dix-huitième jour.

— La femme du précédent; atteinte quinze jours après son mari. Les phénomènes thoraciques paraissent dater du premier jour. Cependant, au quatrième jour, l'examen ne révèle aucun signe positif d'une pneumonie à l'auscultation, qui ne révèle qu'une bronchite généralisée, mais les crachats sont absolument caractéristiques. Au neuvième jour, l'état général typhoïde est des plus accusés, mais pas de symptômes abdominaux. Herpès labialis. Bruit présystolique à la pointe (rhumatisme articulaire ancien). La température oscille entre 40° et 41°. Mort au treizième jour avec 41°6. A l'autopsie: pneumonie double. Rétrécissement mitral; tuméfaction et petits infarctus de la rate. Nombreuses cicatrices des reins. Rien dans l'intestin grêle. Dans la dernière partie du côlon descendant, une plaque noirâtre des dimensions d'une lentille, au centre déprimé, au milieu d'un follicule d'ailleurs intact. Dégénérescence cireuse et rupture des muscles droits de l'abdomen.

— Garçon de 26 ans. Début par des symptômes thoraciques et signes d'une pneumonie généralisée. Au sixième jour, météorisme prononcé, taches rosées; tuméfaction de la rate. Pas de diarrhée; fièvre, type rémittent. Au dix-neuvième jour, rechute quant à la fièvre et aux phénomènes abdominaux, qui se complètent d'une diarrhée sans selles caractéristiques ; bronchite simple. Température normale au trente-troisième jour.

Les huitième et neuvième observations de Wagner ne présentent de différence avec la précédente que par l'absence d'une rechute et la moindre durée de la maladie. Quatre autres cas qu'il ne fait que citer ont semblable physionomie. Débuts traînants; jusqu'au sixième jour, on ne peut tenir que pour la dothiénentérie. Temp., 40°. Pouls dicrote, médiocrement accéléré. Peu de météorisme; pas de roséole; deux fois, selles typhoïdes caractéristiques. En même temps, les signes d'une pneumonie se dénoncent. La température baisse lentement. La maladie a duré de deux semaines et demie à trois semaines.

III

Le diagnostic de la pneumotyphoïde, dans l'état actuel de nos connaissances, reste un problème d'une solution difficile.

On est fondé, en principe, à soupçonner la pneumotyphoïde à l'occasion de toute pneumonie survenant dans le premier septénaire d'un état général typhoïde, alors que désormais les deux processus semblent évoluer côte à côte, sans s'influencer sensiblement dans leurs grands traits.

La pneumonie des stades avancés, greffée sur un organisme où le virus typhoïde vient d'éteindre ou d'atténuer sa nocuité, doit plutôt être rattachée à une complication.

Moins fréquent et plus suspect, au point de vue de la légitimité de ce diagnostic, est le mode d'invasion par une pneumonie primitive à laquelle viennent se joindre les signes plus ou moins équivoques d'une fièvre typhoïde commune. Cette forme existe cependant. Potain admet, sans réserves, l'existence de ces pneumonies initiales, « qui débutent et évoluent à la façon d'inflammations simples et primitives, et marquent cependant l'invasion de la dothiénentérie (1) ». Ce qui montre bien qu'il ne s'agit pas de deux processus successifs et indépendants, c'est que, vers le huitième jour, la pneumonie entrant en résolution, la fièvre typhoïde se montre avec les caractères qu'elle revêt à la fin du premier septénaire, comme en témoigne entre autres, à ce moment, l'apparition des taches rosées. Il n'en serait pas ainsi, évidemment, d'une dothiénentérie dont le début coïnciderait d'une façon fortuite avec le déclin d'une pneumonie commune. (Potain, Clinique de Necker.)

Serait-on plus fondé à admettre deux processus indépendants, simultanés? Mais on ne s'expliquerait pas qu'après des semaines de fièvre, la fièvre typhoïde ne manifestât pas ses lésions intestinales ordinaires.

Mais c'est surtout ici qu'il ne faut pas se contenter de similitudes éloignées et que la constatation précise des symptômes abdominaux présentera, dans le doute, une valeur décisive. Elément d'appréciation d'autant plus délicat qu'il est dans la nature de la pneumotyphoïde de ne manifester dans l'appareil lymphoïde de l'intestin que les lésions discrètes d'un processus avorté. Les taches rosées pourront faire défaut, le gargouillement iliaque et la diarrhée restant communs; plus fréquents encore le météorisme et la splénomégalie.

Peut-être doit-on trouver dans certaines particularités d'évolution de la pneumonie la base d'un diagnostic différentiel et les éléments d'un critère; mais les données sont trop incomplètes à ce jour pour que le problème soit fructueusement abordé par cette voie. On peut seulement dire que l'entrée en résolution de la pneumonie n'est jamais annoncée sur les courbes par une défervescence critique, comme dans la pneumonie essentielle, mais qu'au contraire elle se fait par lysis. Quant à la durée de la maladie, tantôt la fièvre cesse en même temps que la pneumonie, c'est-à-dire avant la fin du deuxième septénaire, tantôt elle se règle sur le type d'une fièvre typhoïde prolongée et persiste quatre septénaires et plus.

Mais les circonstances étiologiques deviendront souvent d'un puissant secours au diagnostic défaillant. Le malade est un tout jeune homme, récemment arrivé dans une grande ville, payant sous cette forme son tribut d'acclimatement (cas de Lépine). C'est un jeune soldat, au sein d'une garnison très éprouvée par la fièvre typhoïde (Lannois). Deux des malades de Wagner vivent au milieu de pièces anatomiques et logent dans un foyer de typhus. Une femme sert dans un magasin d'animaux exotiques; elle soigne des singes, des perroquets, fréquentation dont le danger a déjà été signalé à ce point de vue par Ritter, Ort et Wolff (2). Particularité plus précise : presque en même temps, une autre domestique du même établissement a contracté la fièvre typhoïde. Les malades de Langer lui sont fournis par des rues et des maisons malsaines, foyers reconnus de fièvre typhoïde, tandis que les pneumonies essentielles qu'il reçoit simultanément sortent des quartiers aérés, des rues aisées de la ville.

Barella, qui a, à la vérité, exagéré le domaine de la pneumotyphoïde, est bien autorisé à en prononcer le nom à l'occasion d'une pneumonie double

(1) Voir G. Homolle. *Revue* de Hayem. *Loc. cit.*

(2) Les 7 personnes dont Ritter a rapporté l'observation (3 décès) et qui avaient présenté des symptômes graves après avoir séjourné deux heures au milieu d'oiseaux exotiques étaient atteints, pour l'auteur, d'un pneumotyphus particulier, plus voisin du typhus exanthématique que de la fièvre typhoïde, et qu'il désignait plutôt du nom de typho-pneumonie. (*Corr. Bl. f. Schw. Aerzt.*, 1879, 19, p. 576.)

grave, traînante, à rechute, survenant dans une famille où il soigne déjà 3 typhoïdes simples de l'enfance, 2 typhoïdes ataxo-adynamiques qui guérissent et où il en perd 2 autres. M. Perroud n'est pas moins fondé à suspecter l'essentialité de la pneumonie observée dans une famille, côte à côte avec la fièvre typhoïde (1).

Enfin, la plus grande fréquence relative de la pneumotyphoïde dans le jeune âge, ressort, comme on l'a vu, des observations concordantes d'un assez grand nombre d'auteurs.

On a dit que la pneumotyphoïde est bénigne, que le pronostic dans tous les cas se posait favorable. Nous craignons qu'on ne se soit trop hâté de généraliser les résultats contingents signalés par des cliniciens servis par des hasards de séries ou favorisés par quelque constitution médicale indulgente. En tout cas, les faits rapportés plus haut ne permettent de s'associer à ce jugement que dans une certaine mesure. A ces exemples malheureux, il convient de joindre un fait de Potain, dans lequel la pneumonie se termine par gangrène avec pleurésie purulente. Et puis, comme le suggère Dreyfus-Brisac, n'a-t-on pas imposé à la légère cette étiquette de pneumotyphoïde à des pneumonies qui n'avaient pris que le masque typhoïde, et ne sera-t-on pas demeuré plus d'une fois, et à tort, à l'autopsie, sur le diagnostic de pneumonie simple, faute d'être allé chercher dans l'intestin un supplément d'information?

Il ne faut pas s'attendre, cependant, à rencontrer à la surface de la muqueuse intestinale les lésions des follicules et des plaques qui sont la signature ordinaire de la fièvre typhoïde commune. Après un mois de maladie, Lépine ne trouve, pour ainsi dire, aucune lésion des plaques, et seulement l'aspect, dépourvu de signification, de la barbe récemment faite. La malade de Griesinger, au neuvième jour de la maladie, c'est-à-dire au début même de la période d'ulcération, ne présente qu'une légère tuméfaction des plaques, l'état réticulé d'une seule d'entre elles, et sur une autre il existe une perte de substance de la grosseur d'une tête d'épingle. Celui de Hérard n'offre aucune espèce de lésion intestinale. Le malade de Lannois n'est, il est vrai, qu'au huitième jour; il ne présente qu'un certain degré d'hypertrophie des plaques.

C'est donc à tort que G. Homolle exige, pour la validité du diagnostic de pneumotyphoïde, la constatation des lésions types de la dothiénentérie. Aussi en arrive-t-il, dans la logique de son exagération, à rayer d'un trait de plume toutes les observations dans lesquelles la mort est survenue avant que les lésions de la fièvre typhoïde aient eu le temps de se constituer, quelles que soient les vraisemblances cliniques et les suggestions étiologiques. On ne voit pas d'ailleurs pourquoi l'absence ou l'insignifiance des lésions intestinales pourraient prévaloir contre le diagnostic de pneumotyphoïde, alors qu'on admet des fièvres typhoïdes frustes, c'est-à-dire avec intégrité absolue des plaques de Peyer, ainsi que Cazalis et Renaut en ont observé de nouveaux exemples (2).

La psorentérie est plus constante; il en est de même de la tuméfaction des ganglions mésentériques et surtout de la splénomégalie. Les muscles droits de l'abdomen ont présenté la dégénérescence cireuse de Zenker, même à une époque où on ne saurait incriminer la longue durée du causus fébrile.

Du côté des poumons, ce sont les lésions classiques de la pneumonie, suivant l'âge du processus, sans caractère anatomique particulier. L'examen microscopique de Lannois ne laisse aucun doute sur la présence d'un exsudat fibrineux, d'éléments hématiques et de débris épithéliaux. Celui de Weiggert, dans le cas de Wagner, a donné les mêmes résultats.

---

(1) *Revue m. de méd. et de chir.*, 1878, II, p. 881.
(2) *Arch. de phys. norm. et pathol.*, 1873, p, 226.

La constatation du bacille typhoïde de Klebs ou des bâtonnets courts d'Eberth fournirait sans doute, aux yeux des partisans des doctrines parasitaires, le critérium demandé. Dans son examen Weiggert n'a trouvé que quelques microcoques isolés (de Friedlander?) et des bacilles l'emportant en dimensions sur ceux du charbon.

S'il n'existe, dans l'état actuel de nos connaissances, aucun caractère anatomique différentiel entre la pneumonie lobaire franche et celle de la pneumotyphoïde, on ne saurait voir dans cette lacune aucun argument contre la dualité étiologique des deux affections. Rien ne serait moins médical que de conclure de la similitude anatomique, fût-elle définitivement établie, à l'identité nosologique, les organes ne présentant que des modes de réaction limités en réponse à la grande variété des agents morbides. C'est là un principe de pathologie générale, qui ne saurait trouver nulle part mieux qu'ici sa juste application.

IV

Quelle place revient à la pneumotyphoïde à côté de ces pneumonies infectieuses, décrites en grand nombre dans ces dernières années, et qu'on a vu atteindre épidémiquement, tour à tour, une famille isolée (Germain Sée, Merz, Riesell), les habitants d'une même maison (Courvoisier, Ritter, Ost), des casernes (Delmas, Welch, Gründler), un orphelinat (Isemtschensko), un quartier d'aliénés (Le Gendre), des écoles (Penkert), des prisons (Kühn, Rodmann), un navire (Bryson), quelques rues (Couldrey, Feldhausen), un village entier (Jürgensen, Langer), une île (Flindt), une ville (Barti), etc.

Cliniquement, en dehors de leur caractère franchement épidémique, peut-être contagieux, les pneumonies, qui s'accompagnent essentiellement d'un état ataxo-adynamique pseudotyphoïde, se distingueraient par la rapidité de leur évolution, leur mortalité souvent considérable, la fréquence de l'albuminurie, de l'ictère, de la pleurésie et de la péricardite. Les symptômes pulmonaires peuvent encore différer de ceux de la pneumonie franche par l'inconstance du point de côté, la localisation au sommet, la mobilité du processus (pneumonie migrante). Mais toute cette symptomatologie, variable d'une épidémie à l'autre, est d'un caractère éminemment contingent.

Les pneumonies décrites par Klebs, à Prague, et que, tout en les prétendant provoquées par des *monadines,* il ne rattachait pas à un principe infectieux particulier, présentaient déjà, avec une fréquence insolite, ces complications de néphrites, hépatites, endocardites, etc.

On peut les envisager, avec Lépine, comme des formes de transition entre la pneumonie lobaire franche, en passe elle-même d'être assimilée à une maladie infectieuse, et ces pneumonies infectieuses proprement dites.

Etiologiquement, on en est réduit à invoquer les mêmes fermentations pythogéniques déjà incriminées dans la génèse de la fièvre typhoïde : gaz des égouts, émanations des latrines, matières animales en décomposition, etc.

Doit-on admettre l'existence d'un agent infectieux unique, aux divers degrés de puissance et de concentration duquel correspondraient les différentes formes d'infection pythogénique, pneumotyphoïde ici, là pneumonies zymotiques et leurs nombreuses variétés? En attendant qu'une solution directe puisse être donnée à cette question, nous ne saurions nous dispenser de faire remarquer dans quels sens elle doit être pressentie, de par les affinités étiologiques et cliniques, et même les présomptions anatomiques, puisque Kühn, dans une des épidémies de la prison de Moringen, souvent présentée comme type de la pneumonie infectieuse, a rencontré deux fois à l'autopsie des lésions des plaques de Peyer (1).

R. Longuet.

(1) *Deutches Arch. f. klin. med.*, 1878, XXII, p. 348.

Le choléra à l'hôpital Bichat

Mon cher rédacteur, permettez-moi, pour distraire un peu vos lecteurs, de vous exposer brièvement l'histoire de l'épidémie cholérique observée à l'hôpital Bichat en l'an de grâce 1884. Cette histoire m'a paru assez étrange pour qu'il soit utile de la raconter, et, bien qu'il s'agisse d'une pure question médicale, vous comprendrez bientôt en quoi la chirurgie y est aussi intéressée.

Or donc, vers la fin de juin dernier, je ne précise rien, les dates n'ayant pas grand'-chose à faire ici, vers la fin de juin, dis-je, on apprend que le choléra est à Toulon, qu'il est à Marseille ! Grand émoi dans l'Administration municipale de la bonne ville de Paris, émoi non moins vif dans l'Administration hospitalière de la même bonne ville.

Que faire ? A tout prix quelque chose, et voici ce qui fut imaginé par cette si remarquable Administration qui a nom Assistance publique.

Tout d'abord, elle décréta que le choléra était une affection des plus contagieuses, ce qui n'est pas trop mal, étant donnée son hésitation quand il s'agit de la rougeole, de la scarlatine, de la diphthérie et de la fièvre typhoïde. Il fallait donc isoler les cholériques, et à cet effet elle désigna dans chaque hôpital des services spéciaux, comme d'ailleurs cela avait été pratiqué en 1865 et 1866, alors que j'étais interne. Mais cette mesure parut insuffisante ; il fallait isoler *sérieusement* les cholériques, ne pas faire comme pour les varioleux, par exemple. Dans ce but, l'Administration désigna deux hôpitaux, situés l'un à l'ouest, l'autre au nord de Paris (1), pour recevoir les cholériques futurs. Ce n'était pas absolument pratique ni très commode comme transport; mais enfin on fait ce qu'on peut, quand il faut absolument faire quelque chose.

Je ne m'occuperai pas des Mariniers, où d'ailleurs il n'a pas paru, que je sache, l'ombre d'un cholérique ; je bornerai mon récit à Bichat, c'est bien assez.

Dès l'abord, une certaine difficulté se présentait. Bichat, hôpital nouveau, créé par les *ordres* du conseil municipal et sur la valeur duquel on a versé des flots d'encre (2), Bichat, dis-je, était occupé par des malades, les deux services de médecine et le service de chirurgie étaient en pleine activité.

Comme Gusman, l'Administration ne connaît pas d'obstacles, et le 12 juillet les chefs de service du susdit hôpital apprirent — *par les journaux politiques* — que leurs services allaient être évacués, car ils étaient exclusivement consacrés au traitement des cholériques toujours futurs.

Ceux-ci, en effet, allaient bientôt affluer, et quelques jours après un membre du Conseil d'hygiène de l'Assistance assurait devant nos élèves que, dans *dix jours au plus*, le choléra asiatique serait à Paris.

Donc, sans consulter les chefs de service, on décréta l'évacuation de l'hôpital, et, comme l'un d'eux réclamait assez vivement à ce sujet, il lui fut répondu par un collègue : « En présence d'une épidémie cholérique — on se serait cru en 1832 ou en 1849 — le chirurgien doit disparaître comme dans une trappe. »

Je m'empresse d'ajouter que cette opinion sur l'inopportunité de consulter les chefs de service n'était pas partagée par tous les membres du Conseil d'hygiène de l'Assistance, et en particulier par notre représentant, M. le docteur Nicaise.

Le directeur de l'Assistance publique, M. Quentin, se décida cependant à envoyer un inspecteur à Bichat pour communiquer aux chefs de service les résolutions administratives, résolutions prises, disait-on, sur l'avis du Conseil d'hygiène de l'Assistance et sur la demande du gouvernement de Paris : le Conseil municipal.

Devant cette autorité, il fallait s'incliner.

Les deux services de médecine furent donc évacués en quelques jours, au grand détriment des malades, dont bon nombre furent plus ou moins directement jetés sur le pavé de Paris.

Le chirurgien fut réfractaire aux ordres administratifs; son raisonnement, peut-être naïf, était celui-ci : Il n'y a pas encore de choléra à Paris, donc rien ne me force à abandonner mes opérés, voire même à ne pas opérer les malades entrés pour cela dans mon service.

Jusqu'à la fin de juillet, on fit des opérations et on garda le plus possible de malades atteints d'affections chirurgicales. C'était la résistance passive contre les prières, les objurgations, voire même les menaces de l'Administration centrale.

---

(1) A l'ouest, les Mariniers ; au nord, l'hôpital Bichat.

(2) Bourneville, *Rapport au Conseil municipal*, en 1880. — A.-J. Martin, *l'Hôpital Bichat*, in *Gaz. hebd.*, n° 49, p. 798, 1882.

Cette lutte de tous les instants eut pour résultat de conserver dans l'hôpital une dizaine d'opérés parmi lesquels : une ovariotomie, deux amputés de cuisse, un amputé de jambe, deux résections tibio-tarsiennes et deux cures radicales de hernies. Ces opérés nécessitaient des soins minutieux, et, grâce à leur séjour à Bichat, ils ont tous guéri.

Le 30 juillet, un événement heureux se produisit pour l'Administration de nos hôpitaux, un vrai cholérique entra à Bichat et succomba le 1er août.

Pour le coup, le choléra éclatait : il fallait absolument interdire toute opération ; l'inspecteur administratif fut député dans ce but auprès du chirurgien récalcitrant.

Lassé de combattre, le chirurgien abandonna la partie, et, comme les entrants dits cholériques des 2, 3, 5 et 7 août étaient : une diarrhée, une métro-péritonite et trois embarras gastriques, il fut rassuré sur l'*imminence* de l'épidémie de choléra asiatique, et demanda un congé, laissant ses opérés sous la surveillance bénévole de son ami et collègue le docteur Gustave Richelot.

Jusqu'au 16 août, c'est-à-dire pendant le premier mois qui suivit la fermeture de l'hôpital Bichat, il n'y eut pas d'autre cholérique. L'épidémie n'y mettait aucune bonne volonté, elle se faisait tirer l'oreille.

Le 16, on reçoit une diarrhée cholériforme, qui malheureusement guérit et sort au bout de sept jours. C'était un faux choléra. Une seconde diarrhée cholériforme entre le 30 août et succombe le 31. C'était mieux, l'espoir de l'Administration tendait à renaître.

Enfin, l'épidémie éclate le 5 et le 6 septembre ; en deux jours, on reçoit 4 cholériques, dont deux succombent assez vite.

Au 15 septembre, c'est-à-dire en deux mois, il y avait eu 6 cholériques, dont 4 morts.

Il faut arriver ensuite au 2 octobre pour retrouver une diarrhée cholériforme qui succombe le même jour; puis, au 4 octobre, 1 cas de choléra probable; enfin, le 10, 1 autre cas de choléra.

L'épidémie se résumait donc en 8 ou 9 cas de choléra plus ou moins nostras, moins ou plus asiatique, et cela en trois mois, soit : *un dixième de cas par jour.*

En présence de ces résultats statistiques merveilleux, on pouvait espérer que l'Administration, ne comptant plus sur rien, allait rendre l'hôpital Bichat aux malades. C'était une illusion.

L'Administration tenait à son épidémie et l'abandonnait difficilement.

Aux réclamations des chefs de service, elle répondait qu'avant de prendre cette grave mesure, il lui fallait consulter son Conseil d'hygiène, et que celui-ci « en présence des cas répétés de choléra qui se sont présentés, cette semaine, à Aubervilliers », avait ajourné son avis, sur la réouverture de Bichat, à une nouvelle séance dans quinze jours.

C'est le 5 octobre que M. le directeur de l'Assistance télégraphia cette nouvelle à M. le directeur de Bichat pour la communiquer aux chefs de service.

Or, le Conseil d'hygiène avait été en effet convoqué, mais un médecin et deux chirurgiens seuls y assistaient, et, de ces trois membres compétents, deux étaient d'avis de réouvrir l'hôpital. La vérité était que le directeur, alors démissionnaire, tenait encore à son épidémie, car les cas répétés de choléra à Aubervilliers étaient au nombre de *trois*.

Le mauvais vouloir administratif n'étant plus discutable, les chefs de service de Bichat écrivirent ou parlèrent à leurs collègues, membres de la Commission d'hygiène, et grâce à ces démarches, grâce au concours du représentant des chirurgiens des hôpitaux auprès de l'Administration, une nouvelle réunion de la Commission d'hygiène eut lieu le 11 octobre, et M. Quentin dut, avant que son successeur ne fût nommé, promettre la réouverture de l'hôpital.

Cette réouverture eut heureusement lieu le 13 octobre 1884.

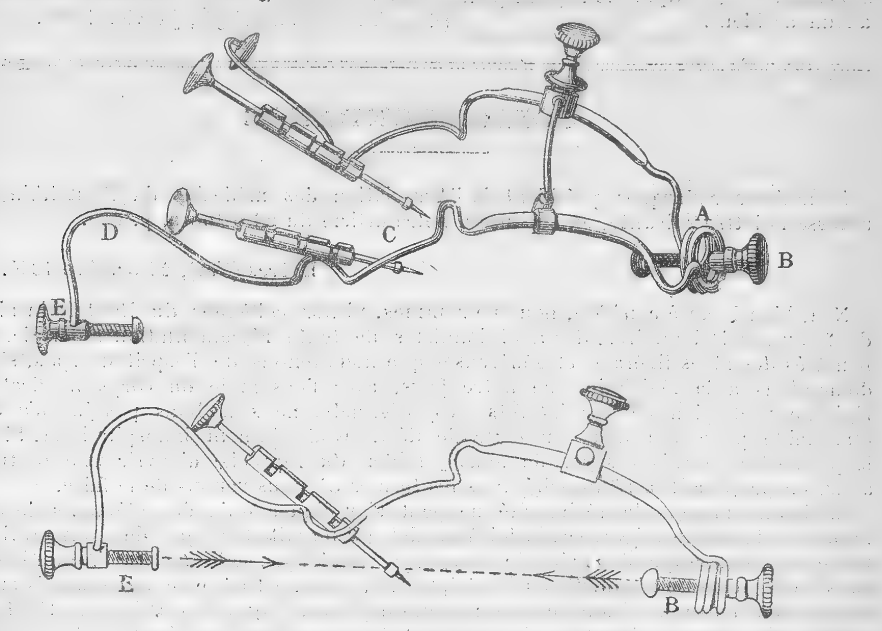
En résumé, parce qu'on craignait une épidémie de choléra, l'Administration ferma un hôpital pendant trois mois. Non seulement elle laissa inoccupés deux services médicaux et un service chirurgical, au grand détriment des malades pauvres du quartier de Saint-Ouen, et ils sont nombreux, mais à un moment même, — celui où éclatait l'épidémie des 5 et 6 septembre, — elle supprima les consultations gratuites et le don des médicaments.

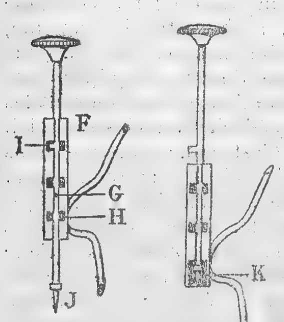
Cette singulière histoire de l'épidémie cholérique de 1884, épidémie qu'on peut qualifier d'*administrative*, méritait, je crois, d'être connue du monde médical, elle montre une fois de plus le sans-gêne de l'Assistance envers les malades et envers les chefs de service.

F. TERRIER.

REVUE DES JOURNAUX

Blépharophtalmostat, par le docteur Bernard (de Cannes). — Cet instrument diffère du blépharostat ordinaire en ce que :





1° Le point de réunion des deux branches (A) est plus éloigné de l'œil ; l'ensemble de l'appareil forme un coude tel qu'une vis (B) établie sur ce point de réunion vient s'appliquer perpendiculairement sur la surface du temporal du du côté de l'œil à fixer ;

2° La branche inférieure (C) est beaucoup plus longue, forme un coude (D) et porte à son extrémité une vis (E) qui s'appuie perpendiculairement sur l'os propre du nez, du côté opposé à l'œil qu'on va opérer.

Ces deux vis (E et B) s'opposent et se trouvent sur la même ligne, de manière que par leur rapprochement elles donnent une grande solidité à l'appareil quand il est en place ;

3° Chacune des deux branches porte une pique qui lui est fixée au point où elle se courbe pour pénétrer sous la paupière et du côté de l'angle interne de l'œil. Ces piques sont assez longues pour être manœuvrées facilement et ne peuvent pas gêner, puisqu'elles sont placées du côté opposé à celui par lequel on opère. Elles jouent dans une gaine et peuvent, grâce à une rainure et à des encoches pratiquées dans celle-ci, ainsi qu'à un petit bouton d'arrêt qu'elles portent elles-mêmes, être arrêtées à différentes hauteurs. Leur extrémité porte une pointe aiguë, longue d'un millimètre environ et dont un renflement limite la pénétration dans l'œil. La gaine est évidée à sa partie inférieure, de manière à cacher la pointe quand la pique est complètement retirée.

Le blépharophtalmostat s'applique comme l'ophtalmostat ordinaire. La pointe des piques ne gêne nullement cette mise en place, puisqu'elle est cachée dans les gaines. L'instrument étant introduit entre les paupières, on invite le patient à donner à son regard la direction convenable et on saisit ce moment pour abaisser les piques, qu'on fixe en leur imprimant un léger mouvement de rotation pendant lequel leur bouton d'arrêt s'engage dans une des encoches de la gaine : le globe oculaire est alors solidement et sûrement fixé. Quant à la douleur que cause la pénétration des pointes dans la conjonctive, elle est aussi insignifiante que celle que cause la pique de Pamard ; elle ne donne pas lieu à la moindre hémorrhagie. L'opération terminée, on imprime aux piques une rotation en sens inverse

de celle qu'on leur avait imprimée après les avoir introduites, on les retire et l'appareil est enlevé comme l'ophtalmostat. On peut même, si on est pressé, enlever l'instrument sans perdre du temps à tourner les vis de pression; elles s'appuient assez sur les tempes et sur le nez pour fixer l'appareil, mais pas assez pour qu'on ne puisse le retirer rapidement malgré leur résistance. Enfin la compression que cet instrument exerce sur le globe oculaire, compression qu'on peut graduer du reste, est presque nulle et ne cause aucun accident. (*Recueil d'ophthalmologie*, janvier 1884).

CORRESPONDANCE

M. le docteur Marquez, président de l'Association des médecins du Haut-Rhin, nous adresse la lettre suivante, en réponse à notre article du 28 octobre, p. 679.

Hyères (Var), 25 octobre 1884.

Non, bien honoré confrère, nous ne sommes, ni nos collègues du Haut-Rhin ni moi, d'affreux révolutionnaires, des abolitionnistes de toute réglementation médicale. Mais, pénétrés des idées libérales et généreuses que nous tenons de l'esprit français, si nous demandons à la législation de notre pays, avec l'ensemble du corps médical, une légitime protection de nos intérêts professionnels, nous n'allons pas jusqu'à croire qu'il faille pour cela nous entourer de défenses absolument inhospitalières. Si vous le permettez, je vais essayer de nous justifier du reproche d'ouvrir une porte aux abus, en proposant la réciprocité dans les termes où nous venons de le faire.

En bonne logique, la réciprocité ne peut s'appliquer qu'à des éléments de même nature et de même valeur. Or, la loi française qui ne fait déjà que de bons praticiens, va ne reconnaître que des médecins du degré supérieur. Cela mettra l'Administration dans l'obligation de n'admettre à la réciprocité (si tant est qu'il se fasse jamais entente sur ce point entre la France et une nation quelconque) que des médecins légalement pourvus des titres et licences qui consacrent dans leur pays un droit égal à celui que confère chez nous le doctorat, c'est-à-dire le droit d'exercer, sans restriction aucune, toutes les branches de l'art de guérir. Ce ne sont point les diplômes de fantaisie que nous avons visés, ceux par exemple que tolère la complaisante Genève et qui tombent sous le ridicule ou sous la férule de la justice, selon l'usage que l'on en fait. Ce sont les diplômes sérieux que nous avons en vue, ceux qui font les médecins au sens de la loi. De ces médecins-là, il y en a dans tous les pays civilisés. C'est pour eux que nous avons songé à créer une exception, alors même qu'ils n'auraient pas rendu à la science médicale les grands services que vise le paragraphe 4 de l'article 4 du projet de loi voté le 21 mai de cette année par l'Association générale. Notre proposition a une portée moins limitée; elle a une tendance plus libérale; je ne crois pas qu'elle expose à plus de mécomptes. Je le répète: parlant de médecins, elle ne vise que des titres sérieux. Peut-être aurions-nous pu préciser davantage et écrire: « Il pourra « être dérogé à l'exigence du diplôme pour les médecins de la nation qui assurera « même dispense aux médecins français qui voudront s'établir sur son territoire, *à la « condition expresse qu'il y aura équivalence absolue entre la valeur du titre étranger et « celle du titre français.* »

Dans le cas où il y aurait, entre une nation amie et la nôtre, entente aux fins dont il s'agit, je ne vois pas que l'adoption d'une proposition de la nature de la nôtre puisse menacer notre territoire d'une invasion compromettante de médecins étrangers. Notre « Il pourra être dérogé » ne songe pas à imposer à l'Administration l'obligation de déroger à l'exigence du diplôme au profit de tout venant; il lui reconnaît tout simplement le droit de le faire.

Est-il bien prouvé que, dans nos affaires, le protectionnisme à outrance mettra des entraves efficaces à la contrebande?

Agréez, etc.

Dr MARQUEZ,
Président de l'Association des médecins du Haut-Rhin,
1er médecin en chef à l'hôpital d'Hyères (Var).

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 3 novembre 1884. — Présidence de M. Rolland.

Serait-il donc résolu le problème dont tous les hommes de cabinet attendent impatiemment la solution? Je veux parler de la lampe électrique portative et libre d'attaches. M. Jamin, secrétaire perpétuel, a mis sous les yeux de l'Académie, lundi dernier, trois modèles de lampes, très facilement maniables, imaginées par M. G. Trouvé, l'infatigable inventeur. Elles sont destinées, dans la pensée de l'auteur, à éclairer les galeries de mines, mais elles peuvent se prêter à tous les usages qu'on voudra : l'une donne une lumière constante, l'autre ne fonctionne que lorsqu'elle est posée; si on la soulève, le courant est interrompu, la lumière s'éteint et l'électricité ne se dépense pas. La troisième, au contraire, ne fonctionne que si on la soulève. Posée, elle s'arrête. Ces lampes peuvent marcher trois heures. Comme leur pouvoir éclairant est très vif, peut-être sera-t-il possible, en le réduisant au quart, — ce qui suffirait amplement pour le travail de cabinet, — de prolonger pour toute une soirée le fonctionnement de ce merveilleux engin. Il ne resterait plus que la question du prix. A cet égard, M. Jamin n'a pu répondre aux questions qui lui ont été adressées. L'Académie ne se préoccupe que du côté scientifique du problème. Si j'obtiens sur ce point quelques renseignements, je les transmettrai à mes lecteurs qui se préoccupent, eux, avec raison, du côté économique de l'invention.

M. Laffitte (de la Côte-d'Or) écrit que les échalas en bois tendre (tremble, peuplier, sapin, etc.), trempés dans une solution de sulfate de cuivre, ont la propriété d'écarter de la vigne les insectes nuisibles; excepté, paraît-il, le phylloxera, car il n'en est pas fait mention dans la note envoyée. Cette lacune est énergiquement comblée par un autre correspondant qui propose contre le phylloxera un remède infaillible, et c'est la dynamite. A la vérité, l'explosion fait tout sauter; mais le phylloxera est certainement détruit.

M. Barbier, reprenant une proposition émise par Regnauld, démontre que, si le thermomètre à poids et le thermomètre à tige sont d'accord à leurs points fixes, ils le sont également dans tous les points intermédiaires.

M. Lecherbonnier avait, en 1877, saisi le Conseil municipal d'Issoudun de la proposition d'élever une statue à Nicolas Le Blanc, l'inventeur de la soude artificielle, mort, il y a quatre-vingts ans, de misère et de désespoir. Ce projet, d'abord bien accueilli, fut repoussé ensuite parce que Le Blanc n'est pas né à Issoudun, mais dans une petite localité du Cher. Réflexions faites, le Conseil municipal paraît maintenant disposé à revenir à la motion de M. Lecherbonnier, et M. Bertrand engage M. Frémy, membre de la commission qui avait été chargée de recueillir des souscriptions pour la statue, à se mettre en rapports avec la ville d'Issoudun.

M. le professeur Marey présente de nouvelles considérations sur la marche chez l'homme.

M. le professeur Richet dépose sur le bureau, au nom de M. Alphonse Guérin, un volume qui traite des pansements ouatés; — et, au nom de M. Netter (de Nancy), un mémoire relatif au traitement du choléra par l'eau prise en boisson et à haute dose.

M. le docteur Hureau de Villeneuve a envoyé une note *Sur l'eau distillée employée comme boisson.*

« Il résulte de l'opinion générale des médecins que le choléra est communiqué surtout par les eaux souillées. On a proposé, comme l'un des moyens pour se préserver de cette contagion, l'emploi en boisson de l'eau bouillie et de l'eau distillée. On préfère généralement l'eau bouillie, parce qu'on peut facilement se la procurer dans chaque famille et parce qu'on a fait à l'emploi de l'eau distillée comme boisson quelques objections auxquelles je crois devoir répondre.

« On dit que l'eau distillée coûte cher, qu'elle n'est pas agréable à boire, qu'elle est mal digérée, qu'elle ne contient ni air ni sels calcaires. Je vais répondre successivement à ces objections :

« 1° *L'eau distillée est chère.* — Il est certain que, si l'on achète l'eau distillée chez les pharmaciens, on la paye 50 centimes le litre; mais, si on l'achète chez les marchands de

produits chimiques, on ne la paye plus que 10 centimes. Enfin, si on la prend aux lieux de production, c'est-à-dire aux usines louant de la force motrice comme celle du quai Jemmapes, on la paye de 1 franc 25 à 2 francs l'hectolitre.

« 2° L'*eau distillée est désagréable au goût et difficile à digérer.* — Depuis trois ans, on ne fait usage sur ma table que d'eau distillée. Je la fais prendre à l'usine du quai Jemmapes. Je la trouve d'un goût fort agréable; je l'ai fait goûter à un grand nombre de personnes qui l'ont trouvée aussi agréable que les meilleures eaux de source. Tout le monde, chez moi, la digère fort bien. Je n'ai même jamais rencontré une seule personne qui lui ait trouvé mauvais goût ou qui l'ait mal digérée.

« 3° *Elle ne contient pas d'air.* — C'est là une erreur. L'eau distillée, en se refroidissant et en sortant goutte à goutte du serpentin, redissout une quantité d'air presque égale à celle qu'elle contenait auparavant; si on l'agite, comme on le fait sur les navires, on ne fait qu'y ajouter de la poussière, mais on n'y ajoute pas sensiblement d'air.

« 4° *Elle ne contient pas de sels calcaires.* — Je trouve que c'est là un avantage. Les sels calcaires ne sont utiles à l'homme que pendant la formation des os; mais, lorsque la diaphyse et l'épiphyse sont soudées, la chaux devient plus nuisible qu'utile, puisque son excès dans l'économie amène de la constipation, rend les os cassants, favorise l'ossification des artères et participe à la formation des calculs composés d'urates et de phosphates de chaux. Chez l'adulte, la chaux n'est guère utile que dans le traitement de la phthisie; mais c'est un cas particulier où elle agit comme médicament.

« Il y a un point sur lequel l'eau distillée est supérieure à l'eau bouillie, c'est qu'on a pour la reconnaître un réactif facile à employer : la solution de nitrate d'argent. Au contraire, si un serviteur, ayant oublié de faire bouillir de l'eau, présentait sur une table de l'eau ordinaire, il n'y aurait guère moyen de la distinguer de l'eau bouillie et refroidie.

« Le bon marché de l'eau distillée la rend préférable aux eaux minérales dont, à la rigueur, la source peut être contaminée. »

— A quatre heures un quart, l'Académie se forme en comité secret. — M. L.

COURRIER

Légion d'honneur. — Nous avons appris tardivement, et nous publions avec plaisir la nouvelle de la nomination de M. le docteur J. Carrière, trésorier de la Société clinique, au grade de chevalier de la Légion d'honneur.

Nécrologie. — M. le docteur Fauvel, vice-président de l'Académie de médecine, médecin honoraire des hôpitaux, inspecteur général honoraire des services sanitaires de France, professeur à l'Ecole de médecine de Constantinople, membre honoraire du Comité consultatif d'hygiène et de salubrité publique, officier de la Légion d'honneur, est mort le 5 novembre 1884, dans sa 71e année.

Comité consultatif d'hygiène. — Conformément au récent décret de réorganisation du Comité consultatif d'hygiène, le ministre du commerce a nommé auditeurs audit conseil pour une période de trois ans: MM. Grancher, Napias, Richard, A.-J. Martin et du Mesnil.

Clinique des maladies mentales. — M. le professeur Ball commencera son cours de clinique des maladies mentales, à l'asile Sainte-Anne, le dimanche 9 novembre, à dix heures du matin, et le continuera les jeudis et dimanches suivants, à la même heure.

Société de médecine légale. — Séance du lundi 10 novembre 1884, à quatre heures très précises, au Palais de Justice (salle d'audiences de la 5e Chambre du tribunal civil). — *Ordre du jour :* I. Election de dix membres correspondants nationaux. — II. Cas de suicide par coups de pistolet sans blessure extérieure, par le docteur Frank Ogston. — III. Relation par M. Barthelemy d'un fait d'empoisonnement volontaire par la strychnine ayant soulevé une question de secret professionnel. — IV. Rapport de M. Socquet sur deux cas d'infanticide. — V. Fixation des jours et des heures des séances.

Ceux des membres de la Société qui ne pourront être présents sont invités à faire savoir, par lettre adressée à M. le Président, s'ils sont d'avis de conserver les mêmes jours et heures de séance, en cherchant un autre local ; ou s'ils préfèrent conserver le local actuel, en tenant les séances après huit heures du soir.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs

Sommaire

La scrofule est autre chose que la tuberculose

Se proposant d'étudier cette année les maladies générales, M. le professeur Peter avait choisi pour sujet de sa leçon d'ouverture une question dont l'actualité était bien faite pour attirer à la Faculté un auditoire nombreux et choisi. C'est devant un amphithéâtre plein qu'il a exposé une fois de plus son antipathie bien connue pour les doctrines parasitaires ; il l'a fait avec cette verve humoristique, ce mélange de bonhomie et de sarcasmes, grâce auxquels, s'il ne réussit pas à convaincre ses adversaires, il a du moins mis souvent les rieurs de son côté. Voici, esquissée à grands traits, quelle a été à peu près son argumentation.

Il suffit de faire appel à l'observation médicale pour anéantir l'étrange assertion d'après laquelle la scrofule et la tuberculose seraient deux maladies identiques, sous prétexte qu'elles ont en commun le même microbe, un bacille, rectiligne celui-là, qu'il faut bien se garder de confondre avec l'autre, le bacille en virgule ; — puisque, dans cet ordre d'idées, la forme domine le fond. Pour résoudre le problème des rapports qui existent entre la scrofule et la tuberculose, il faut étudier ces maladies de l'homme sur l'homme, et non sur le cochon d'Inde ; il faut observer l'évolution, la succession des phases que chacune d'elles traverse ; il faut étudier, non pas la scrofule en soi, mais chez le scrofuleux.

On constate que la scrofule est une maladie générale, qui débute parfois dès la première enfance, se prolonge jusqu'à la puberté et peut alors quelquefois guérir soit spontanément, soit grâce à l'intervention thérapeutique. Elle peut, dans d'autres cas, se prolonger indéfiniment pendant toute l'existence, sous les formes les plus diverses, disparaissant pendant un certain temps pour réapparaître aux âges qu'on appelait autrefois climatériques.

On peut voir enfin des séniles, qui n'avaient été que des lymphatiques pendant le cours de leur vie, devenir de vrais scrofuleux à 60 ans.

La scrofule ne présente pas de lésion caractéristique, univoque, elle n'a pas de matière morbide qui lui soit propre. Au début, chez les jeunes enfants, la peau seule est offensée superficiellement dans les régions les plus fines par l'impétigo ; après la gourme, on peut observer successivement sur les téguments les affections les plus bénignes et les plus graves ; puis les muqueuses, ces téguments internes, sont affectées par le coryza, la bronchite, l'entérite des scrofuleux.

Sous l'influence de ces lésions, et par l'intermédiaire des lymphatiques, les ganglions s'engorgent et s'enflamment ; on peut voir toutes les adénites, depuis le plus léger gonflement sous-maxillaire jusqu'à l'adénopathie trachéo-bronchique qui simule la phthisie.

La scrofule envahit aussi le tissu osseux, y détermine succesivement l'ostéite, les caries, les nécroses, le mal de Pott. Un jour apparaît même la tuberculisation des os, mais par suite d'une transformation de la maladie primitive en une autre maladie et non comme sa conséquence directe et naturelle.

Les manifestations viscérales sont, dans la scrofule grave et profonde, la dégénérescence amyloïde du foie, de la rate, des reins. Enfin ces viscères peuvent aussi se tuberculiser, comme les os ; mais cette tuberculisation n'est pas une phase nécessaire de la scrofule.

Si, comparativement au tableau de la scrofule que nous venons d'exposer, nous esquissons celui de la tuberculose, il nous apparaît tout différent.

La tuberculose est une maladie dont le *substratum* est un produit nettement défini, toujours identique à lui-même dans ses traits essentiels, malgré la diversité de ses aspects macroscopiques.

Exceptionnelle dans la première enfance, rare dans la seconde, elle ne se manifeste habituellement que vers l'âge de puberté ou chez l'adulte.

A l'inverse de la scrofule qui a de la prédilection pour les téguments cutanés et muqueux, elle ne s'y montre que rarement, et affectionne au contraire les séreuses, méninges, péritoines, et parmi les viscères, c'est le parenchyme pulmonaire qu'elle attaque le plus souvent.

Loin d'être compatible, comme la scrofule, avec une survie presque indéfinie, elle compromet rapidement l'existence, quand elle affecte les méninges et le poumon, et il s'en faut qu'elle soit curable ou susceptible d'amélioration au même degré que la scrofule.

Ainsi, le clinicien relève entre la scrofule et la tuberculose les dissemblances les plus manifestes à tous ces points de vue de l'âge, de la localisation, de la substance morbide, de la marche et des terminaisons.

Malgré cela, de par l'histologie, on a voulu que ces maladies fussent identiques, parce qu'elles possèdent en commun ce petit bâtonnet, qu'on appelle un bacille.

Et c'est d'Allemagne que cette idée nous vient..... Vraiment les Français n'ont pas de chance avec les Allemands. Ceux-ci ont trouvé bon, il y a vingt-cinq ans, de fendre en deux la phthisie de Laennec et de la tradition médicale, ils ont voulu faire admettre qu'il y avait une phthisie vraie et une fausse phthisie (la pneumonie caséeuse). Puis il leur a bien fallu venir à résipiscence; mais, non contents cette fois d'admettre que la phthisie est une, ils veulent, par excès contraire, agrandir outre mesure son domaine et lui annexer la scrofule; et c'est le bacille qui sert de lien à cette union contre nature. M. Peter croit devoir s'élever contre une pareille confusion. Il faut au moins que l'erreur d'autrefois serve à nous faire éviter celle d'aujourd'hui.

Rappelons-nous donc cette histoire si instructive. Laennec, dès 1819, avec cet esprit lumineux qu'il avait, et qui est l'esprit français, vit que le tubercule peut se montrer sous deux formes très différentes en apparence, la granulation et l'infiltration tuberculeuse. Un jour vint où Wirchow, — sans vouloir déprécier son génie (mais quoi! c'est le génie allemand), — déclara que ces deux formes anatomo-pathologiques, que ces deux aspects du tubercule provenaient de deux maladies distinctes : l'une, la granulation, constituant la phthisie vraie; l'autre, l'infiltration, ressortissant à la pneumonie caséeuse.

Dès lors, pendant vingt-cinq ans, nous avons piétiné sur place, nous avons entretenu d'incessantes et byzantines discussions sur l'unicité et la dualité de la phthisie, et il a fallu que l'histologie française, représentée dans cette question par Thaon et Grancher, démontrât qu'on observe dans la matière dite caséeuse tous les éléments du tubercule, et que toute les différences entre le tubercule classique et la matière caséeuse se réduisent à des questions de volume.

Ainsi on est revenu au point de départ, après avoir décrit un grand cercle... vicieux. Eh bien! l'erreur est aussi grossière de confondre aujourd'hui la scrofule et la tuberculose de par l'existence du parasite qui leur serait commun. Ému par la gravité de la question, j'ai fait, pour la résoudre, a continué M. Peter, appel à mes souvenirs cliniques qui embrassent déjà une période de trente ans et je n'ai pu y trouver que des arguments contre l'identité de la scrofule et de la tuberculose; j'ai interrogé sur ce sujet des hommes comme Jules Simon, dont la compétence vous est connue, comme de Saint-Germain et Le Fort. Tous m'ont répondu: « La scrofule et la tuberculose sont deux, et non point une; il nous importe peu qu'il y ait bacille ou non bacille à l'actif de l'une comme de l'autre, nous

ne saurions pour cette raison les identifier. » — Et cependant il paraît qu'il y a bacille dans la scrofule comme dans la tuberculose! et il paraît que l'expérimentation doit nous faire accepter qu'elles sont identiques!

Examinons donc les expériences qui nous sont citées. Si on inocule le pus d'une tumeur blanche à un cochon d'Inde, scientifiquement appelé cobaye, celui-ci tombe malade, puis meurt, et on trouve qu'il est farci de tubercules vrais contenant des bacilles. Cette tumeur blanche était donc ce qu'on appelle une tuberculose locale. Cependant on avait examiné le pus avant de l'inoculer et on n'y avait pas trouvé de bacilles. — Mais, nous dit-on, il y avait dans ce pus les germes des bacilles, sous forme de granulations, de spores. — Non, il n'y avait ni granulations, ni spores. — Eh bien, nous réplique-t-on, c'est que le pus contenait des germes invisibles, tellement translucides qu'ils échappent à notre vue.

Ici j'entre en révolte contre mon interlocuteur; le crédulité a des bornes, je ne puis admettre les germes invisibles; car, pour y croire, il faudrait sortir du domaine de la Science pour entrer dans celui de la Foi.

Passons à d'autres expériences. On a inoculé de la sérosité d'une plèvre simplement enflammée chez un individu non suspect de tuberculose, c'est-à-dire de la sérosité simple, et, 10 fois sur 19 injections qui ont été faites dans le péritoine des cochons d'Inde, on a déterminé la tuberculose dans les organes de ceux-ci; or, comme les observateurs, histologistes exercés, s'étaient assurés que la sérosité pleurale ne contenait pas de bacilles, je dois conclure que ce sont les cochons d'Inde qui, dans cette circonstance, ont fait eux-mêmes leurs tubercules, comme le scrofuleux peut en faire.

De ce que vous pouvez trouver quelques rares bacilles dans le pus d'une tumeur blanche, vous allez conclure que ce sont eux qui sont la cause de celle-ci et l'identifier avec la tuberculose qui coïncide avec la présence de millions de bacilles dans le sommet d'un poumon.

Pourquoi, en outre, ces bacilles ne seraient-ils pas nés sur place dans nos tissus, et pourquoi vouloir qu'ils y aient été introduits du dehors? — Mais, s'écrie-t-on, vous admettez alors la génération spontanée! — Pardonnez-moi; de ce qu'on a démontré que des molécules isolées de carbone, d'hydrogène et d'azote ne pouvaient se combiner dans la nature de manière à donner naissance à un être vivant, il ne s'ensuit pas que la spontanéité vitale, l'affinité vitale ne puissent, dans le sein de notre organisme, opérer des créations et des transformations. Quoi! ce sont des chimistes qui nous refusent le droit de croire à l'affinité vitale, eux qui nous ont appris que l'affinité chimique peut, par l'addition d'un équivalent de chlore, transformer un corps inoffensif, comme le protochlorure de mercure, en un poison aussi violent que le bichlorure, le sublimé corrosif. Je crois, moi, être en droit d'admettre que, puisqu'il y a en nous une création incessante de molécules et de tissus, si nous sommes malades, nous pourrons créer des molécules malsaines et des tissus malades. Je vous rappelle l'aphorisme hippocratique : *Quæ faciunt in homine sano actiones sanas, eadem in ægroto morbosas.*

D'ailleurs, oubliez-vous que, de par l'isomérie, des corps ayant le même nombre d'équivalents chimiques, comme l'acide tartrique et l'acide paratartrique, peuvent avoir des propriétés différentes, telles que l'un soit dextrogyre et l'autre lévogyre? — Et l'allotropie, qui fait que le phosphore blanc, cristallisable, toxique se trouve transformé sous l'influence d'une température de 240° en un corps rouge, amorphe et dénué de propriétés toxiques?

Ainsi, vous chimiste, dont les travaux que j'admire m'ont enseigné ces curieuses lois, vous voulez me refuser d'admettre qu'il puisse exister une affinité vitale, une isomérie, une allotropie capables d'agir sur mon organisme comme dans les corps que vous étudiez.

Pour en revenir à cette aberration, d'après laquelle la scrofule et la tuberculose seraient identiques, parce qu'on trouve des bacilles dans les

produits morbides de toutes deux, supposons qu'un chimiste dise à un jardinier que la pomme et la poire sont identiques, parce qu'elles ont en commun l'acide malique : « Mais, répondra le jardinier — respectueusement, s'il sait s'adresser à un membre de l'Institut, — ne diffèrent-elles pas par la saveur, la forme, l'évolution, le moment de les planter, la manière dont il convient de les insoler? Sauf votre respect, monsieur le savant, ce sont deux fruits et non pas un seul. » Le même dialogue pourrait s'établir entre l'histologiste et le médecin sur le sujet qui les divise.

Si les doctrines parasitaires n'avaient que l'inconvénient de présenter des invraisemblances, je ne regimberais peut-être pas aussi résolument contre elles; mais j'affirme qu'elles présentent un double danger, celui d'être nulles au point de vue des déductions thérapeutiques (je reviendrai sur ce point plus loin) et celui d'être séduisantes pour beaucoup d'esprits, parce qu'elles sont matérielles, simples — du moins en apparence, et flatteuses pour l'orgueil humain.

Les doctrines parasitaires donnent en effet satisfaction au besoin de réalité tangible qui domine à notre époque. Quelle est la cause de nos maladies? C'est le bacille, voilà le coupable, il faut le tuer. Cela est simple ou du moins le paraît. J'étais bien portant, un parasite est entré dans mon organisme, et voilà pourquoi je suis malade. Cependant il y a des millions de microbes dans l'atmosphère où nous vivons et nous ne sommes pas tous morts. C'est, me répond-on, parce que nous sommes intacts, protégés par notre revêtement tégumentaire interne et externe. — Mais, dès qu'une fissure se fait à notre enveloppe, pourquoi les microbes n'entrent-ils pas tous à la fois par la brèche? — C'est, me réplique-t-on, qu'ils n'ont de prise que sur les gens prédisposés. Alors, nous voilà revenus à la vieille médecine : si je ne deviens malade par les parasites que parce que je ne suis plus bien portant, en quoi aurais-je cure de ces parasites?

J'ai dit que la doctrine parasitaire flattait l'orgueil humain. Je m'explique : il est rare qu'on ne se considère pas comme beau, spirituel et vigoureux. Mais on a eu le malheur de rencontrer des microbes, et voilà pourquoi on est devenu scrofuleux ou tuberculeux. C'est très psychologique. Des parents vous amènent un pauvre petit enfant chétif, sans cesse malade, et vous disent : « Fallait-il qu'il fût vigoureux ; il a résisté à tant et tant de maladies! » Il ne leur viendra pas à la pensée que les maladies ne se seraient pas montrées, si l'enfant eût été vigoureux.

Revenons aux conséquences thérapeutiques de la doctrine parasitaire.

L'observation démontre que certains microbes résistent à une pression de 600 atmosphères et à un froid de 120° au-dessous de 0. Momentanément engourdis, ils redeviennent vivaces dès qu'ils sont soustraits à la compression ou au froid. Irons-nous soumettre l'organisme humain à de telles épreuves pour le débarrasser des microbes qui l'ont envahi, et pourrons-nous poursuivre ceux-ci au sein des tissus à l'aide des agents toxiques qui les détruisent *in vitros?* Non, n'est-ce pas? Dès lors, il n'y a rien de changé en médecine que quelques microbes de plus.

D'ailleurs, la notion même de la lésion ne conduit à aucune application thérapeutique. La lésion, le tubercule, par exemple, est un *fait* accompli ; nous ne pouvons rien contre elle médicalement. Nous ne pouvons agir que sur l'*acte* (l'hypérémie ou la phlegmasie), et encore, indirectement, par les méthodes antiphlogistique, révulsive ou dérivative.

Alors, qu'importe que le microbe soit producteur de la lésion, comme vous l'admettez, ou produit par elle, comme je le pense? son étude n'est plus qu'une curiosité d'histoire naturelle.

Si les doctrines parasitaires ne sont qu'un progrès relatif, elles sont en outre dangereuses, parce que la microbiomanie des médecins a engendré la microbiophobie du public, et que nous assistons à un affolement qui sera la honte du XIXe siècle. La notion de contagiosité de la tuberculose

a créé toute une classe de parias, de lépreux d'un nouveau genre. Et cependant, en admettant qu'elle repose sur un fonds de vérité, si vous voulez savoir dans quelle proportion la phthisie est contagieuse, consultez la statistique d'un des médecins les plus savants d'Europe, le professeur Leudet (de Rouen). Ayant succédé à son père, il a eu la bonne fortune de suivre 74 ménages où l'un des conjoints était tuberculeux; or, il est arrivé à cette conclusion que la contamination, si on la tient pour possible, ne s'était produite que dans 10 pour 100 des cas, une fois sur 10. Je puis encore vous citer l'exemple d'un chirurgien illustre, jadis professeur de cette Faculté, diagnostiqué tuberculeux à 40 ans par Andral, Chomel et Louis, qui déploraient entre eux la fin probablement prochaine de leur collègue. Il les a enterrés tous trois et est mort à 92 ans, non pas de sa tuberculose, qui était pourtant réelle et que j'ai constatée, moi aussi, mais d'une hypertrophie de la prostate. Eh bien! il avait eu deux femmes; la première avait succombé à des accidents tout à fait étrangers à la tuberculose, et la seconde vit encore parfaitement, bien qu'ayant cohabité quarante ans avec lui.

Accordez-moi que, si cette maladie est contagieuse, sa contagiosité diffère singulièrement de celle de la variole, de la scarlatine et des autres maladies contagieuses classiques?

Les erreurs de notre époque n'empêchent pas que la période médicale actuelle ne soit des plus intéressantes et des plus passionnantes. Le médecin philosophe, à qui il sera donné d'écrire l'histoire de notre science au XIXe siècle, constatera que bien des systèmes se sont élevés tour à tour contre la médecine traditionnelle et l'auront émue, sans l'ébranler. Il racontera qu'après Broussais et l'irritation, après Schleiden et Schwann avec leur théorie cellulaire, vinrent Pasteur, Davaine et Koch avec la doctrine parasitaire; que chacun des systèmes successivement préconisés contenait, au milieu de nombreuses erreurs, une petite part de vérité, mais que la médecine traditionnelle s'est contentée de prendre à chacun d'eux cette parcelle de vérité pour l'ajouter à ses richesses antérieures.

Enfin n'oublions pas que, parmi les partisans les plus exagérés des doctrines parasitaires, les Allemands tiennent le premier rang. Or l'esprit allemand est un esprit excessif, qui a passé sans transition du transcendantalisme de Kant aux nébulosités de Hegel, pour aboutir au matérialisme de de Schopenhauer et de Buchner. — L'esprit français a toujours été au contraire caractérisé par l'équilibre et la mesure. Gardons notre esprit français.

P. L. G.

A propos du choléra.

CE QU'ON BOIT DANS NOS HÔPITAUX.

Si l'épidémie de 1884 doit avoir place dans l'histoire de la capitale, ce sera, je n'en doute pas, avec le surnom mérité de choléra des surprises.

Les incidents dont elle est quotidiennement l'occasion en donnent des preuves instructives à tous égards et certainement démonstratives des réformes devenues plus urgentes que jamais.

L'autre jour, il s'agissait de l'hospitalisation des cholériques, de la très naïve mise en disponibilité prolongée de deux hôpitaux, et de cette ingénuité administrative qui plus naïvement encore comptait sur les indigents pour ouvrir, pendant ce temps, grève à leurs maladies. Hier, autre question, c'est-à-dire autre mépris de la raison et insulte nouvelle à la science! C'était devant le Conseil municipal, dont j'admire dans l'espèce l'exceptionnelle prudence. On y discutait sur l'alimentation des hôpitaux parisiens en eaux potables, question qu'en juillet dernier cette assemblée croyait clore en dotant libéralement l'Assistance publique d'un crédit de cent mille francs. Don de lugubre avènement que le choléra toulonnais lui valait à distance! L'Administration mit la somme en caisse; et les malades, me direz-vous, vraisemblement burent des eaux potables? Hélas? le proverbe l'affirme : « Il y a loin de la coupe aux lèvres », fût-elle seulement

remplie d'eau claire. Voilà pourquoi le débat s'est ouvert jeudi dernier à l'Hôtel de ville sur l'interpellation d'un conseiller municipal, dont j'honore le caractère, sans partager ses opinions.

Dans cette affaire, il me semble que nos édiles, révérence gardée, sont un peu comme Pandore devant sa boîte. Candidement, d'après la légende, celle-ci la tournait et toujours la retournait sans en mettre à jour le secret. Pandore n'est plus, si elle a jamais été; mais nos édiles sont encore; ils tournent et retournent la question, ou, pour mieux dire, ils se laissent tourner par les orateurs de l'Administration.

Je m'explique : j'ai crainte que pour les hôpitaux le secret des eaux potables ne soit encore à découvrir dans une ville qui emmagasine dans ses réservoirs des rivières comme celles de Vanne et de Dhuys.

La distribution d'eaux réellement potables est une de ces nécessités dont la démonstration n'est pas à faire dans l'hygiène de la cité, et à plus forte raison dans celle des malades et des établissements destinés à les recevoir. Je n'invoquerai donc ni les opinions des épidémiologistes modernes, ni celles de leurs aînés, encore moins l'autorité des microbes en général et du bacille virgule en particulier, qui, tout petit ou douteux qu'il est, possède à l'instar de ses émules des mœurs aquatiques. Sans faire cette injure au lecteur, j'en arrive de suite aux faits.

Ceux-ci sont indéniables; c'est aux documents et aux débats officiels que je les emprunte. Quelles sont donc les eaux distribuées aux malades de nos hôpitaux?

En juillet dernier, les hôpitaux des Tournelles, de Lourcine et Trousseau étaient alimentés en eaux de l'Ourcq; Saint-Louis en recevait quotidiennement 279 hectolitres et seulement 6 hectolitres d'eau de source; 600 litres! pas même 1 litre par tête dans un établissement dont la population totale excède 600 personnes.

D'autres établissements ont à la fois des eaux de source et des eaux de l'Ourcq. Seulement, ingénieuse prévoyance ! la canalisation est unique. Jusqu'à l'enceinte de l'établissement, ces eaux sont soigneusement isolées l'une de l'autre; en y entrant, elles se mélangent, de sorte que l'eau pure de source est polluée. Tels sont les hôpitaux de la Pitié et de l'Hôtel-Dieu. Dans le premier, cela s'expliquait encore; c'est un établissement d'ancienne date. A l'Hôtel-Dieu, l'une des grandes pensées, dit-on, du règne haussmannien et construction récente, on aurait eu peine à le croire !

J'arrive aux établissements privilégiés : Necker, Lariboisière, Beaujon et Cochin. Ils forment l'aristocratie de ces maisons de misère et reçoivent l'eau de source avec prodigalité. Depuis la cholériphobie parisienne, l'Administration, avec le denier municipal de 100,000 fr., a très modestement ébauché quelques améliorations à cet état.

Contrairement à son traditionnel usage, elle pouvait avantageusement, ce me semble, demander avis au corps médical des hôpitaux, chercher lumière, et, mieux éclairée, procéder méthodiquement. Elle n'en eût garde, lut l'Ancien Testament et procéda comme Salomon, ce qui n'est guère convenable pour un personnel et une Administration qu'on dit laïcisés.

La raison commandait en effet d'aller aux plus pressés, c'est-à-dire aux assoiffés d'eau pure. Loin d'ainsi faire, on épuisa le crédit dans un doublement de la canalisation des hôpitaux, déjà pourvus en eaux de source. On leur procura l'eau de l'Ourcq. Il est vrai que pour adoucir les plaintes ou satisfaire sommairement au vœu des édiles, on a distribué des eaux potables à Trousseau, à Lourcine et... à la pharmacie centrale des hopitaux !

Y avait-il donc lieu de crier à la gloire ? Je me le demande ; cependant ce serait à le penser, à l'audition des chants de coq qu'entonnent les hauts fonctionnaires de la maison ! Et d'ailleurs, à quoi bon discuter ? Voici un argument topique. Il juge la question et donne la mesure des réformes hygiéniques qu'on est en droit d'attendre de leur bonne volonté. Je cite cette affirmation du Directeur des Travaux de Paris, qui, de par son titre, est le grand dispensateur des eaux dans les hôpitaux. « On parle toujours, disait-
« il le 29 octobre dernier, de cette question de la valeur de l'eau... Or, il résulte actuel-
« lement de l'étude de savants que l'eau la plus saine et la meilleure est l'eau de
« l'Ourcq. »

Quels savants et quelles études? Une explication n'eut pas été inutile. Bast! c'est trop demander de l'administrateur auquel la Seine doit en partie son infection et qui, depuis des années, a trouvé que le moyen d'assainir la capitale par les égouts était de faire réabsorber par les suburbains la solution des produits résiduaires du grand estomac parisien.

Sous ses ordres il a cependant un ingénieur dont les *Etudes statistiques sur la fièvre typhoïde* conduisent à des conclusions plus sévères (1). J'y lis, en effet, à la page 22,

(1) Durand-Claye, *Etudes statistiques sur la fièvre typhoïde*, 1883.

qu'on « ne peut s'empêcher de remarquer le « parallélisme à peu près complet de la courbe de consommation d'eau de l'Ourcq et de « la courbe de mortalité typhoïdique... « On remarquera notamment le maximum des IIIe, VIIe, XIIe et XVe arrondissements, où la consommation d'eau d'Ourcq atteint 27, 34,14 litres par tête et par jour, contre les mortalités de 9.97, 15.16, 12.89, 10.13; tandis que les IXe, XIVe, XVIe arrondissements ne consomment que 8, 0, 0.8 litres avec les mortalités infimes de 5.70, 5.56, 6.92. » Sans exagérer l'influence pathogénique des eaux au détriment des autres facteurs étiologiques de la fièvre typhoïde, on ne doit donc pas omettre les coïncidences qui viennent d'être signalées.

Cette démonstration de l'insalubrité des eaux du canal de l'Ourcq par le savant ingénieur des eaux et des égouts de Paris n'est pas la seule. Le règlement sur la distribution des eaux en est la preuve. De par l'article 24 des traités, les eaux de l'Ourcq ont été exclusivement affectées aux besoins des cours, des écuries et des jardins. Nul propriétaire ne doit obtenir concession de les distribuer à ses locataires, et, s'il veut en user pour des besoins de propreté ou pour l'industrie, on lui impose l'obligation d'une double canalisation.

Apparemment que l'Assistance publique est au-dessus de ce règlement ; que les indigents hospitalisés sont plutôt matière à administrer que gent à secourir. Encore un peu, et à ce point de vue les salles de malades mériteront assimilation avec les écuries, les étables et autres lieux plus humbles.

Vous allez trop loin, m'objecte-t-on parmi les pusillanimes qui refusent de soulever un coin du voile sous lequel ils essayent de modérer, tempérer ou adoucir ces erreurs, ces négligences ou ces abus ! Eh bien ! j'en appelle de nouveau au livre de M. Durand-Claye. Il y mentionne l'insalubrité de l'eau de l'Ourcq « toujours impure par suite des « nombreux bateaux qu'elle a charriés depuis Lizy jusqu'à Paris et surtout de la véri- « table flotte qui passe chaque jour au rond-poind circulaire, à l'origine du canal Saint- « Denis et du bassin de la Villette. »

Troisième port de France par le mouvement de la navigation, ce canal reçoit nombre d'immondices et possède aussi d'autres causes de pollution que personne n'ignore. Qui donc n'a pas vu à l'ancre, à certaines heures du jour ou mieux de la matinée, une flottille spéciale, au pavillon bien connu et qui, pour ne pas être formée de bateaux de fleurs, n'en exhale pas moins un parfum de haut goût ! Je ne m'arrête pas aux accidents de chargement ou de déchargement, aux échouages, aux fuites de ces citernes flottantes et je laisse ces gondoles odoriférantes, pour aller plus loin, hors des murs, sur la rive du canal, dans la forêt de Bondy.

Ici encore, sur la berge, il y a un quai de déchargement, où les ruptures ne sont pas rares, et à côté d'elles des bassins récepteurs, véritables lacs dont les infiltrations infectent les eaux voisines. Tout cela n'est pas d'imagination, et, après ces constatations, il me semble inutile d'entrer dans les analyses chimiques, dans la numération des microbes, dans la diagnose des bacilles et dans une discussion plus longue. Après comme avant les affirmations administratives, les eaux de l'Ourcq n'en restent pas moins très légitmeiment suspectes.

Je conclus. Cette affaire relève financièrement du domaine administratif et scientifiquement d'une autre autorité, le corps médical des hôpitaux. Il y aurait beau temps qu'elle serait close au grand profit de l'humanité et des malades, si celui-ci avait pu faire entendre sa voix puissante par un comité sanitaire autonome, organe de chaque établissement et possesseur du droit d'initiative.

Il y a nombre d'années que des chefs de service demandent, sans les obtenir, des eaux potables pour leurs malades ; d'autres, perdant patience et fatigués de solliciter en vain, font filtrer au charbon l'eau consommée dans leurs salles. Eh bien ! cet argument vaut le discours de l'habile créateur des promenades parisiennes, devenu pour la circonstance l'avocat de l'Assistance publique en déficit de directeur, ce qui lui arrive parfois, et en défaut contre l'hygiène, ce qui lui arrive tout aussi souvent. Ceci dit, je concède à l'horticulture officielle que les eaux de l'Ourcq sont un engrais pour les gazons municipaux. Par contre, je réclame contre leur emploi dans l'alimentation des malades et je demande, au nom de l'humanité, la réforme du régime administratif auquel est soumis le corps médical des hôpitaux et dont la population souffrante est l'indirecte victime. — X. Y. Z.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE EN 1884.

PARIS. — D'après les chiffres officiels, le caractère de l'épidémie est bénin ; cependant, il est à remarquer que la mortalité cholérique relative est élevée à Tenon et dans les hôpitaux.

Voici le mouvement de la poussée actuelle ; il est établi, d'après les chiffres officiels, complétés par des informations personnelles : 4 novembre, 3 décès ; 5 novembre, 9 décès; 6 novembre, 16 cas déclarés, 10 décès ; 7 novemhre, 33 cas et 7 décès ; 8 novembre, 59 cas, dont 37 transportés dans les hôpitaux et 4 intérieurs à la Salpêtrière ; 9 novembre, 186 cas et 51 décès.

Il existe des lacunes regrettables dans les services sanitaires des deux préfectures et en particulier dans celui des transports. J'ai été à même de les constater ; de sorte qu'il est impossible de partager la béate satisfaction de l'Administration et les éloges qu'elle se décerne au Conseil municipal. Il y aura lieu d'y revenir. En attendant, on constate qu'après avoir proclamé le danger de recevoir les cholériques dans les hôpitaux généraux, on les admet à Saint-Antoine, l'Hôtel-Dieu, Tenon, Saint-Louis, Beaujon, Necker et Cochin. Nécessité fait donc loi, malgré la théorie et l'observation scientifiques.

C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 novembre 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

Sommaire : Présentation de pièces pathologiques : deux cas d'ectrodactylie. — Observation d'anévrysme de l'artère axillaire consécutif à une luxation de l'épaule. — Rapport sur une observation d'opération de hernie inguinale congénitale étranglée ; discussion. — Observation d'hystérectomie. — Présentation de pièce pathologique : corps fibreux interstitiel de l'utérus.

M. Nicaise, à l'occasion du procès-verbal et du rapport de M. Berger, présente deux pièces pathologiques qu'il a recueillies, il y a quinze ans, à l'amphithéâtre de Clamart, sur les cadavres de deux individus atteints d'ectrodactylie. Ce qu'il y a de particulier dans les observations déjà publiées dans la *Gazette médicale*, c'est que les mains dont M. Nicaise ne présente aujourd'hui que le squelette ont été disséquées avec le plus grand soin et que tous les organes : tendons, vaisseaux, nerfs, dont elles se composaient, ont été l'objet d'une étude attentive. On a constaté cette particularité intéressante, savoir que la disposition de ces parties reproduisait avec exactitude celle du système osseux. Il est regrettable que l'on n'ait pu tirer de ces faits aucun enseignement sur le mode de développement de la main.

— M. Verneuil, à l'occasion de la communication de M. le docteur Cras, membre correspondant à Brest, cite un cas dans lequel, à la suite d'une luxation de l'épaule chez une femme âgée, se produisit un anévrysme de l'artère axillaire, qui présenta cette particularité intéressante de rester stationnaire au moins pendant un an et demi ou deux ans. Les renseignements recueillis par M. Verneuil n'ont pu aller au delà ; mais il croit pouvoir conclure de ce fait qu'il n'est pas toujours nécessaire de se hâter d'intervenir chirurgicalement, lorsqu'un anévrysme se produit dans de semblables conditions.

M. Le Dentu pense qu'il y a lieu de faire une distinction entre l'anévrysme diffus, qui force la main au chirurgien et nécessite une intervention immédiate, et l'anévrysme circonscrit, tel qu'était sans doute celui de la malade de M. Verneuil.

— M. Polaillon fait un rapport verbal sur une observation d'opération de hernie inguinale congénitale étranglée, adressée par M. le docteur Dubourg (de Bordeaux).

Il s'agit d'un jeune garçon de 14 ans, atteint de hernie inguinale congénitale. Jusqu'à l'âge de 14 ans, cette hernie n'avait déterminé que des accidents légers et passagers. Un jour ils prirent un degré de gravité insolite et dégénérèrent en véritables phénomènes d'étranglement. Transporté à l'hôpital treize heures après l'accident, cet enfant présentait des phénomènes cholériformes : aphonie, cyanose, coma, etc. ; en outre le moindre attouchement déterminait de la douleur et provoquait des plaintes.

De légères tentatives de taxis avaient été faites presque immédiatement après le début de l'étranglement par un médecin de la ville, appelé auprès du malade ; à son entrée à l'hôpital, il subit également de nouvelles tentatives de taxis très légères et peu soutenues, qui furent pratiquées par l'interne du service.

Lorsque M. Dubourg vit le malade dans cet état de collapsus cholériforme, il n'hésita pas à pratiquer l'opération de la hernie étranglée. Le sac ayant été mis à découvert, on constata que l'étranglement était produit par une bride fibreuse extérieure ; il suffit de

couper cette bride pour réduire la hernie ; M. Dubourg ne crut pas devoir ouvrir le sac pour examiner l'intestin. Il avait d'ailleurs constaté la présence du testicule à l'orifice externe de l'anneau inguinal, la hernie était directement en contact dans le sac avec cet organe. La plaie fut ensuite réunie par quelques points de suture.

M. le rapporteur pense qu'il eût été préférable d'ouvrir le sac, de l'exciser et de tenter l'opération de la cure radicale.

M. Berger dit que l'observation de M. Dubourg soulève deux questions : celle de l'intervention chirurgicale et celle de la cure radicale de la hernie.

Relativement à la première question, M. Berger rappelle qu'il est de règle, lorsque l'on a affaire à une hernie étranglée depuis un certain temps, de pratiquer d'emblée l'opération sans s'attarder à des tentatives de taxis. Quand il s'agit surtout d'une hernie congénitale compliquée d'ectopie testiculaire, l'expérience montre que le taxis échoue généralement, tous les efforts du chirurgien n'aboutissant qu'à acculer, en quelque sorte, l'intestin contre le testicule.

Dans certains cas, cependant, le taxis pratiqué après chloroformisation réussit à amener la réduction de la hernie. Dans le cas de M. Dubourg, en particulier, il était parfaitement rationnel de faire une tentative de taxis soutenue avec énergie pendant dix ou quinze minutes ; M. Berger est convaincu que des pressions convenablement dirigées eussent amené la réduction.

M. Dubourg a pensé qu'il était préférable de faire l'opération de la hernie étranglée ; ayant trouvé, après l'incision, que l'étranglement était déterminé par une bride extérieure au sac et dont la section a suffi pour amener la réduction, il a jugé qu'il n'y avait pas lieu d'ouvrir le sac.

Restait la question de l'opportunité de la cure radicale d'une hernie congénitale compliquée d'ectopie testiculaire. Dans les cas de ce genre il peut se faire que la dissociation des éléments du cordon rende la cure radicale compliquée et même impossible, l'excision du sac faisant courir le risque de la lésion des artères déférentielles et de l'hémorrhagie.

Sans doute M. Dubourg aurait pu faire l'ouverture du sac, suturer l'orifice herniaire et faire la cure radicale relative. Mais les bandages sont d'application difficile, lorsque le testicule est compris sous cette application ; l'ectopie testiculaire est donc un obstacle considérable à la contention de la hernie, et la cure radicale doit être précédée de la castration pour permettre l'application du bandage.

M. Richelot pense avec M. Polaillon qu'il faut toujours, dans l'opération de la hernie étranglée, pratiquer l'ouverture du sac ; outre qu'elle n'expose pas le malade à plus d'accidents, elle permet de s'assurer de l'état de l'intestin.

M. Richelot rappelle un cas dans lequel il eut un instant d'hésitation, au moment de faire l'ouverture du sac ; la cavité ouverte, il y trouva une anse très longue d'intestin qui avait échappé à la palpation. Il y a donc lieu d'ouvrir le sac toutes les fois que cette ouverture n'est pas contre-indiquée par quelque circonstance particulière.

En ce qui concerne la cure radicale, M. Richelot déclare qu'il l'a tentée dans tous les cas où il a eu l'occasion de pratiquer l'opération de la hernie étranglée.

Dans toutes ses observations, qui sont déjà en assez grand nombre, il a pu disséquer le sac sans rencontrer de difficultés sérieuses. Lorsque les éléments du cordon sont dissociés, il fait la résection du sac dans le but de simplifier la plaie opératoire.

M. Lucas-Championnière a eu l'occasion de faire la cure radicale dans un cas de hernie étranglée où la dissection du cordon était tellement difficile qu'il ne put éviter la section du canal déférent ; le malade n'en a pas moins parfaitement guéri.

Dans les diverses opérations qu'il a pratiquées, M. Lucas-Championnière a trouvé la dissection du sac tantôt facile et tantôt difficile.

En ce qui concerne la castration devant laquelle certains chirurgiens paraissent reculer dans les cas de hernie congénitale étranglée compliquée d'ectopie testiculaire, M. Lucas-Championnière déclare que, pour sa part, il ne partage pas leurs scrupules. Le testicule en ectopie n'a en effet qu'une valeur fort douloureuse, et, dans un cas, l'examen microscopique a montré que le sperme ne contenait pas de spermatozoïdes, M. Lucas-Championnière n'hésiterait donc pas, s'il avait à faire la cure radicale d'une hernie congénitale étranglée, à se débarrasser tout d'abord par la castration d'un testicule très probablement inutile.

M. Bouilly voudrait que M. Polaillon précisât quels étaient, dans le cas de M. Dubourg, l'agent et le siège de l'étranglement. Était-il bien produit par une bride extérieure ou par un rétrécissement du canal vaginal? Quoi qu'il en soit, M. Bouilly

est d'accord avec M. Berger sur les difficultés de la cure radicale dans le cas de hernie congénitale étranglée.

M. Nicaise ne saurait partager l'avis de M. Richelot relativement à la facilité de la dissection du sac. Il y a deux ans, ayant à traiter un malade atteint de hernie inguinale étranglée, il voulut faire, après débridement, la cure radicale; il lui fut impossible de pratiquer la dissection du sac. Il laissa donc le sac en place et fit au-dessous de l'anneau une suture à points superposés; il pratiqua en outre une contre-ouverture à la partie inférieure et y plaça un drain. Il y eut réunion au-dessous de l'anneau.

M. Nicaise a tenté la cure radicale un certain nombre de fois, et il a constaté sur quelques-uns de ses opérés la reproduction de la hernie.

M. Richelot répond à M. Nicaise qu'il n'a entendu parler que des hernies acquises; dans les hernies congénitales, les difficultés de la dissection sont plus considérables, bien qu'il ne faille pas les exagérer.

M. Polaillon fait observer à M. Bouilly que M. Dubourg, dans son travail, a bien étudié toutes les circonstances de l'observation qu'il a adressée à la Société de chirurgie. Il s'agissait bien d'une hernie congénitale et d'un étranglement par une bride extérieure.

Quant à l'ouverture du sac, M. Dubourg y a songé, se préoccupant de la possibilité de la lésion de l'intestin; mais il a pensé que, l'étranglement étant produit par une bride extérieure au sac, l'intestin ne devait pas être malade.

Sans doute, il eût mieux valu faire la cure radicale, mais M. Dubourg a reculé devant la castration à laquelle il eut fallu recourir au préalable.

M. Trélat demande qu'il soit bien spécifié que la hernie congénitale observée par M. Dubourg n'a pas subi un mode d'étranglement normal, mais un étranglement banal, accidentel, par une bride extérieure, c'est-à-dire un étranglement indépendant de la constitution propre de la hernie congénitale.

— M. Terrier communique une observation d'hystérectomie qu'il a eu récemment l'occasion de pratiquer. Le sujet, depuis douze ans, se plaignait de crises douloureuses comparables à celles d'un accouchement, et cela soit dans l'intervalle des règles, soit surtout pendant le cours de celles-ci.

Ce n'est que depuis cinq ou six ans que la malade a senti sa tumeur; celle-ci grossit assez vite et donna lieu à des crises péritonitiques.

Fatiguée de tous ces accidents, la malade entra deux fois à l'hôpital Saint-Louis et une fois dans une maison de santé religieuse, dans le but de se faire opérer. L'opération ne fut point pratiquée.

Au moment où M. Terrier vit la malade pour la première fois, il la trouva dans l'état suivant :

Ventre volumineux (114 centimètres de circonférence au niveau de l'ombilic), asymétrique, rempli par une énorme tumeur lobulée qui descend jusque dans le cul-de-sac utéro-rectal. L'utérus est remonté derrière le pubis, attiré en quelque sorte en haut et en avant par la tumeur.

L'état général est assez bon, et les troubles produits par la tumeur se bornent à une constipation assez fréquente et à des irrégularités dans la miction qui tantôt est facile, tantôt devient difficile et rare.

Une ponction exploratrice permet d'évacuer deux litres et demi d'un liquide citrin rougeâtre contenant surtout les éléments du sang; d'où le diagnostic de *tumeur utérine fibro-kystique*.

L'opération fut pénible, vu le volume de la masse, ses adhérences à la paroi antérieure de l'abdomen, à l'épiploon, au bassin et le refoulement du bout du péritoine, d'où les adhérences avec le côlon ascendant et l'intestin grêle.

Cet isolement fort difficile de la tumeur effectué, il fallut faire un pédicule avec l'utérus hypertrophié, M. Terrier eut recours au procédé classique, le passage de deux gros trocarts jouant le rôle de broches disposées en croix et l'application de deux anses métalliques en fil de fer, serrées avec l'appareil Cintrat.

Un seul point de l'opération mérite d'attirer l'attention, c'est la crainte qu'on a eu d'avoir compris l'uretère droit dans les ligatures de fil de fer, et la précaution d'isoler le vaisseau pris pour l'uretère, de le faire pénétrer de dedans en dehors dans la paroi abdominale et de le fixer à cette paroi, de façon que l'urine pût facilement s'écouler au dehors, quitte ultérieurement à pratiquer la néphrotomie.

Heureusement, dans le cas actuel, il s'agissait de la trompe hypertrophiée anormale-

ment, ainsi que le démontra l'examen micrographique fait par M. Doyen, interne des hôpitaux.

Comme on l'avait pensé, la tumeur était constituée par des fibromes kystiques; c'était une tumeur fibro-kystique de l'utérus, pesant 2,840 grammes, et renfermant trois à trois litres et demi de liquide, d'où le poids total approximatif de 6,300 grammes.

Les suites immédiates de l'opération furent des plus simples, pendant les quinze premiers jours. Toutes les sutures, les broches et les anses de fil de fer étaient enlevées le douzième jour, et la température était au-dessous de 38°, lorsque, le quinzième jour, survinrent des accidents fébriles et, l e vingt et unième jour, le thermomètre atteignait40°.

Les douleurs de ventre se font sentir, et bientôt on s'aperçoit qu'il s'écoule par la plaie du pédicule de l'urine mélangée avec une notable quantité de pus. De plus, surviennent de la diarrhée et des vomissements.

Vers le milieu de décembre, c'est-à-dire un peu plus d'un mois après l'opération, l'état local et l'état général s'améliorent. Toutefois, il apparaît au niveau de la plaie des lambeaux ou plutôt des masses grisâtres, molles, formées par du tissu cellulaire sphacélé et imprégné de globules blancs, masses qui sont peu à peu éliminées par la sécrétion purulente.

L'origine de ces masses sphacélées a paru à M. Terrier difficile à déterminer. Toutefois il croit probable qu'il s'agissait du tissu cellulaire péri-vésical, peut-être même de portions de vessie.

Cependant une injection de lait faite dans la vessie par l'urèthre ne revint pas par la plaie, et, malgré les assertions de la malade, les injections vaginales ne refluaient pas non plus par la plaie du pédicule.

Vers la fin de 1883, la malade va mieux et peut se lever dans un fauteuil ; à cette date, on espérait la guérison, mais il n'en fut pas ainsi.

Pendant le mois de janvier 1884, la malade fut prise d'accès fébriles, de douleurs à l'épigastre et de vomissements ; ces accidents s'amendèrent sous l'influence d'une suppuration abondante du pédicule. Toutefois ils reprirent bientôt, et en février on constata dans le flanc droit, du côté du rein, une tuméfaction profonde et douloureuse, qui très certainement est l'origine des accidents fébriles signalés plus haut.

On applique dans le flanc deux cautères dans le but d'établir une vive révulsion et d'enrayer la marche des accidents ; mais ceux-ci persistent et la tumeur du flanc paraît communiquer par un trajet oblique en bas et en dedans avec la plaie du pédicule. D'ailleurs en comprimant fortement sur cette région du flanc droit, il vient sourdre une plus grande quantité de pus au niveau du pédicule utérin.

Après bien des essais, le 4 mars, on put introduire dans la fistule d'abord une bougie, puis une sonde en caoutchouc rouge n° 12 de 25 centimètres de longueur, et des injections furent faites par cette sonde dans le foyer périrénal.

Dès ce jour, la température est tombée à 37° ; cependant, deux fois en avril, il y eut une élévation jusqu'à 40, mais dans les deux, la sonde était sortie et n'avait pu être replacée tout de suite.

Dès l'installation de la sonde, on laissa cicatriser les cautères, et on fit des injections antiseptiques, d'abord au bichlorure de mercure (1/1000e), puis au chloral (1/100e) ; ces injections devenues douloureuses furent supprimées et on se contenta de retirer la sonde quotidiennement et de la nettoyer dans une solution antiseptique de chloral.

Aujourd'hui, la malade garde toujours sa sonde, mais il ne s'écoule que peu de pus de l'abcès périnéal, et l'état général est excellent.

Jusqu'à quelle époque devra-t-on conserver cette sonde à demeure ? Telle est la question qu'il n'est pas facile de résoudre et pour laquelle il n'y a pas de précédent expérimental.

M. Terrier pense que la sonde doit être laissée aussi longtemps que possible et que l'intolérance des tissus pourrait seule indiquer son retrait prématuré.

— M. Pozzi met sous les yeux de ses collègues une pièce pathologique constituée par un corps fibreux interstitiel de l'utérus, dont il a pratiqué l'ablation sur une femme entrée dans son service de l'hôpital de Lourcine.

L'opération fut laborieuse ; il fallut énucléer le polype du milieu des tissus dans lesquels il était enchâtonné et le dégager des adhérences qu'il avait contractées avec les parties environnantes, en s'aidant du bistouri, de la pince de Museux, des ciseaux et d'un instrument que M. Pozzi avait fait construire dans ce but spécial.

La tumeur enlevée, les suites furent très simples ; mais, la malade ayant contracté une pneumonie à la suite d'un refroidissement, des symptômes de péritonite se manifestèrent alors et se prolongèrent pendant un temps assez long ; la malade est aujourd'hui complètement guérie. — A. T.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 31 octobre au 6 novembre 1884. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1,006. — Fièvre typhoïde, 20. — Variole, 1. — Rougeole, 35. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 4. — Diphthérie, croup, 34. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 6. — Infections puerpérales, 2. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. aiguë), 38. — Phthisie pulmonaire, 218. — Autres tuberculoses, 17. — Autres affections générales, 63. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 66. — Bronchite aiguë, 18. — Pneumonie, 59. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 37 ; au sein et mixte, 24 inconnues, 6. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 80 ; circulatoire, 78 ; respiratoire, 73 ; digestif, 50 ; génito-urinaire, 33 ; de la peau et du tissu lamineux, 2 ; des os, articulat. et muscles, 4. — Morts violentes, 27. — Causes non classées, 7.

Le service de Statistique municipale a compté, pendant la semaine actuelle, 1,006 décès au lieu de 989 qui avaient été enregistrés pendant la semaine précédente.

La Fièvre typhoïde (20 décès au lieu de 24) conserve la rareté relative que nous avons déjà fait remarquer dans nos précédents Bulletins.

La Rougeole, au contraire (35 décès au lieu de 34), continue à être fréquente, étant donné surtout que cette maladie tombe ordinairement au minimum pendant les mois d'octobre et de novembre. Elle est d'ailleurs limitée à deux points de Paris qui sont, en premier lieu, les quartiers contigus de : Amérique, Combat, Belleville, Saint-Fargeau (7 décès cette semaine et 7 aussi pendant la précédente) ; en second lieu, le quartier de la Maison-Blanche (3 décès dans chacune des deux dernières semaines), qui présente chaque semaine, depuis près de deux mois, un certain nombre de décès par Rougeole.

On constate une légère recrudescence de la Diphthérie (34 décès au lieu de 30), qui est répandue à peu près uniformément dans les quartiers excentriques du nord de Paris, mais qui n'est localisée nulle part.

Les autres maladies épidémiques restent à peu près stationnaires, c'est-à-dire très rares ; telles sont : la Variole (1 décès au lieu de 0), la Scarlatine (3 décès au lieu de 0), la Coqueluche (4 décès dans chacune des deux dernières semaines), l'Érysipèle (6 décès au lieu de 5).

La Bronchite aiguë (18 décès au lieu de 26) et la Pneumonie (59 au lieu de 67) dont quelques jours de froid avaient augmenté la fréquence ont subi une sensible diminution.

L'Athrepsie (gastro-entérite des jeunes enfants) a causé 67 décès au lieu de 64. Elle est donc restée à peu près stationnaire.

Le jeudi soir, à l'heure où sont arrêtés les comptes de la semaine, le service de Statistique avait reçu notification de 2 décès par choléra. Les deux médecins traitants, consultés aussitôt, ont justifié leur diagnostic par des observations détaillées. Quelques autres cas ont été signalés depuis cette époque, mais il convient de réserver leur étude à la semaine prochaine.

Rappelons, à ce sujet, que des voitures spéciales pour toutes les maladies épidémiques, contagieuses ou parasitaires sont mises à la disposition du public pour le transport des malades à l'hôpital. Il suffit, pour en profiter, de les demander à un poste de police quelconque.

Le service de Statistique a reçu notification de 219 mariages et de 1,200 naissances d'enfants vivants (597 garçons et de 603 filles) dont 864 légitimes et 336 illégitimes ; parmi ces derniers, 56 ont été reconnus immédiatement. En outre, 93 mort-nés ont été déclarés, dont 68 légitimes et 25 illégitimes.

Dr Jacques Bertillon,
Chef des Travaux de la Statistique municipale de la Ville de Paris.

COURRIER

Nécrologie. — Nous apprenons la mort du docteur de Valbrune. Cet honorable praticien laisse dans la ville de Saint-Astier, où il a exercé toute sa vie, le souvenir d'un homme de bien.

Le Gérant : G. Richelot.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs

Sommaire

BULLETIN

Nous avons résolu de ne pas revenir sur une cause déjà plaidée sur tous les tons; mais nous devons à nos lecteurs le récit fidèle des événements.

Le mercredi, 5 novembre, les chirurgiens des hôpitaux étaient convoqués en séance extraordinaire; le vendredi 7, la Société médicale des hôpitaux délibérait à son tour, et les deux réunions, à la presque unanimité, votaient contre l'*internat des femmes*.

M. Nicaise expose devant les chirurgiens comment les étudiantes, après plusieurs échecs, ont obtenu d'abord l'externat, sous la condition expresse qu'elles ne pourraient jamais s'en prévaloir pour réclamer le titre et les fonctions d'internes; comment elles ont oublié cet engagement formel, aidées par le Conseil municipal, soutenues par le Conseil de surveillance, et malgré la répugnance de l'Administration; comment de nouvelles démarches ont disposé en leur faveur le préfet de la Seine et presque assuré leur succès; comment enfin MM. Hardy, Nicaise et Moutard-Martin, renforcés de M. Trélat, ont été reçus par le préfet et l'ont prié d'attendre l'avis du corps médical. Entre temps, une pétition circulait parmi les chefs de service et, habilement présentée par une jeune fille peu timide à des médecins qui ne s'y attendaient guère et n'avaient pas étudié la question, arrivait à recueillir 42 signatures.

M. Verneuil, avec sa chaleur communicative, défend la cause des étudiantes. Notre excellent maître est l'ennemi du protectionnisme ; partout il vote pour la liberté, et n'a pas de pitié pour les privilèges qu'offense une mesure libérale. Il rudoie un peu les internes d'aujourd'hui et leur discipline relâchée ; il désire pour eux la concurrence. A vrai dire, il glisse légèrement sur les questions de pudeur et d'aptitudes féminines. Il s'appuie en terminant sur le nombre imposant des signatures.

Réplique de M. Trélat. On demande l'internat des femmes au nom du droit, de la justice et de la liberté? Or, elles ont droit à l'instruction, au stage dans les hôpitaux, mais non pas à des fonctions qu'elles ne peuvent remplir ; on doit à la femme « justice dans le partage », mais « l'égale de l'homme, l'être complémentaire » ne peut devenir son rival et faire tous les métiers qu'il fait ; la liberté enfin n'est pas sans périls : nous ne voulons ni promiscuité dans les salles de garde ni règlements spéciaux pour la prévenir ; nous ne voulons pas révolutionner l'internat pour quelques personnes « venues de l'étranger sans équivalence ». Faites, comme dans d'autres pays, des Collèges et des hôpitaux pour les femmes, on verra plus tard ce que vaut l'innovation ; mais épargnez-nous ces troubles inutiles, ces difficultés qu'un mouvement d'opinion n'a pas fait surgir.

Trente-deux chirurgiens étaient présents, deux absents étaient représentés, quatre ont voté pour l'internat des femmes : MM. Verneuil, Berger, Prengrueber et Marchand.

Séance non moins intéressante à la Société médicale des hôpitaux. Plusieurs membres, qui ont signé la pétition, s'accusent d'avoir cédé à la diplomatie féminine et se rangent à l'avis de leurs collègues ; voilà qui diminue singulièrement l'importance des 42 et l'argument tiré de notre désaccord. Sur 65 membres présents, les femmes ont trouvé quatre défenseurs : MM. Lailler, Landrieux, de Beurmann et Landouzy.

Le Corps médical des hôpitaux s'est prononcé ; nous allons voir maintenant ce que pourront les intrigues personnelles, les menées politiques et les fantaisies administratives contre l'avis des hommes dont la compétence et le désintéressement ne peuvent être mis en doute.

— Il y aurait certes mieux à faire dans les hôpitaux que de se passionner pour l'accession des femmes à l'internat. Des réformes plus utiles, en dehors même des questions d'organisation matérielle qui sont notre honte et nous placent au-dessous de presque tous les pays qui nous entourent, appellent l'attention des pouvoirs publics, puisque en France rien ne se fait sans eux. Il en est une que d'autres ont proposée avant nous, et sur laquelle nous aurons plus d'une occasion de revenir : c'est la création d'un enseignement de la médecine et de la chirurgie dans les hôpitaux. Il y a quelques jours, un de nos confrères des départements nous écrivait ce mot très juste : « L'Ecole de médecine est au Quartier-Latin, mais l'école du médecin est à l'hôpital » ; vérité que personne ne conteste, et que tout le monde se garde bien de faire passer dans le domaine des faits. Quelques médecins font un peu d'enseignement, par conférences disséminées et par fragments de saison ; mais la plupart n'en ont cure, et les élèves ne trouvent pas dans les hôpitaux l'apprentissage médical que la Faculté n'a pas mission de leur fournir. Cet enseignement, je n'éprouve pas le besoin de l'appeler *municipal*, mais je pense qu'il serait urgent d'en jeter les bases ; c'est une organisation qui manque à notre pays, et qui suffirait à immortaliser le règne de M. le docteur Peyron, nouveau Directeur général de l'Assistance publique. — L.-G. R.

Action du chlorhydrate de cocaïne sur l'œil,

Par le docteur A. TROUSSEAU.

Dans quelques jours, les journaux d'ophthalmologie seront certainement remplis de travaux concernant le chlorhydrate de cocaïne. Cet alcaloïde de la coca du Pérou semble, en effet, avoir une influence si particulière sur le globe oculaire qu'il nous paraît impossible que les oculistes français ne suivent pas l'impulsion donnée en Allemagne à l'étude de cet agent.

Dans une simple note comme celle-ci, nous croyons devoir négliger les détails historiques.

L'état actuel de la question se trouve on ne peut mieux résumé dans les communications faites récemment à la Société império-royale des médecins de Vienne, par Koller, Kœnigstein et Reuss, et relatées dans la *Semaine médicale* des 23 et 30 octobre 1884.

Pour Koller, après instillation de quelques gouttes de chlorhydrate de cocaïne dans l'œil, il survient une légère douleur ; une minute après, le regard est fixe, la fente palpébrale est largement ouverte, la conjonctive et la cornée sont anesthésiées. Une heure après, la pupille se dilate ; il n'y a aucun phénomène d'irritation ; l'action anesthésique de la cocaïne peut durer vingt minutes en répétant la dose. Le médicament serait capable de diminuer la douleur dans les affections aiguës de l'œil et lors des cautérisations palpébrales au nitrate d'argent ou au sulfate de cuivre. En instillant dans le sac conjonctival, une demi-heure avant le moment choisi, de cinq en cinq minutes, quelques gouttes de solution à 5 pour 100, on pourrait sans douleur extraire les corps étrangers et faire diverses opérations.

Kœnigstein a employé une solution à 1 pour 100 ; il a obtenu une anesthésie durant cinq minutes, et une dilatation pupillaire apparaissant après dix minutes et cessant après six heures. Il y aurait aussi pâleur de la conjonctive et contraction des vaisseaux rétiniens. Ce médecin a appliqué l'anesthésie produite par la cocaïne à diverses opérations, entre autres à l'ouverture des orgelets et des chalazions ; il s'en est servi dans l'iritis et la cyclite.

Reuss a confirmé les faits précédents, et a employé la solution de cocaïne avec succès dans une opération d'iridectomie, rendue ainsi non douloureuse.

Frappé de l'importance de ces faits, nous avons tenté, à notre clinique, quelques essais bien incomplets, il est vrai, mais suffisants pour nous rallier presque complètement à l'opinion des auteurs allemands; toutefois, nous différons sur quelques points.

Au commencement de nos investigations, nous avons employé une solution de la cocaïne d'origine française dissoute à 5 pour 100 dans l'eau avec quelques gouttes d'acide chlorhydrique. Nous avons expérimenté ce produit sur 11 malades, et il nous a été absolument impossible d'obtenir le moindre résultat. Nous allions abandonner cette étude, lorsque, sur notre demande, M. Mariani voulut bien faire venir de chez Merck (de Darmstadt) du chlorhydrate de cocaïne et nous préparer obligeamment une solution à 5 pour 100.

Utilisant alors le produit allemand, ou nous devions obtenir les mêmes résultats que les auteurs précités, ou nous devions douter de la vertu du médicament si prôné.

Les instillations faites avec notre nouvelle solution se montrèrent d'emblée remarquables.

Dans la première série d'expériences que nous relatons ici, nous nous sommes toujours servi de la solution à 5 pour 100, et nous en avons toujours instillé une seule fois 2 ou 3 gouttes dans un des yeux du patient, gardant l'œil congénère comme moyen de contrôle. Nous avons opéré sur 31 personnes différentes. Nous possédons notre solution depuis quinze jours et ses qualités physiques n'ont pas changé; nos résultats ont, du reste, été assez constants.

L'instillation ne s'est, dans aucun cas, accompagnée de la moindre douleur, et tous nos malades étaient prêts à se soumettre à de nouvelles expériences. Certains même ont accusé une sensation plutôt agréable, et ce sont ceux dont l'œil était plus ou moins enflammé. La légère douleur signalée par Koller n'a donc pu être constatée par nous, pas plus que la fixité complète du regard et la remarquable ouverture de la fente palpébrale décrites par cet auteur. La teinte normale de la conjonctive n'a pas été modifiée. Nous tenons à bien préciser que, dans tous ces cas, nous n'avons fait qu'une seule instillation.

Après trois à cinq minutes, il nous a été très facile de vérifier l'anesthésie de la cornée et de la conjonctive. Piquant ces deux organes avec la pointe d'une épingle ou d'une aiguille à division, nous ne produisions aucune douleur, nous n'amenions aucun réflexe, aucun spasme; toutefois le contact a toujours été perçu, sauf dans deux cas où une insensibilité complète nous a semblé exister. Il va sans dire que la moindre piqûre amenait sur l'œil non soumis à l'action du médicament les phénomènes habituels. Au bout de dix, quinze ou vingt minutes, l'anesthésie avait complètement disparu, d'où cette conclusion pratique qu'en faisant une seule instillation de 2 à 3 gouttes de liquide, il ne faut pas compter sur une insensibilité prolongée. La période d'anesthésie vraie s'étend, le plus souvent, entre cinq et dix minutes. L'insensibilité n'a pas gagné les paupières, et pourtant nous citerons tout à l'heure à ce sujet un fait assez bizarre.

La dilatation pupillaire s'est produite la plupart du temps après quinze minutes, assez souvent après vingt à vingt-cinq minutes, sûrement au bout de 35 à 40 minutes; deux fois elle ne s'était pas montrée après trois quarts d'heure. Cette mydriase nous a paru beaucoup plus rapide chez les enfants que chez les adultes et surtout que chez les vieillards, plus rapide aussi dans les yeux sains que dans les yeux enflammés. Dès qu'elle a commencé, elle se complète rapidement, et nous croyons qu'elle persiste plus longtemps que ne le suppose Kœnigstein, car plusieurs de nos patients avaient encore la pupille dilatée vingt-quatre heures après l'instillation. En tous cas, cette dilatation est assez rapide et suffisante pour permettre un facile examen ophthalmoscopique, si tant est qu'on doive avoir recours aux mydriatiques dans ce but.

A l'ophthalmoscope, au moment de la dilatation moyenne de la pupille, nous n'avons pu constater aucune modification dans le calibre des vaisseaux rétiniens, contrairement à ce que Kœnigstein croit avoir remarqué.

Toutes les applications de pommades, toutes les cautérisations au nitrate d'argent ou au sulfate de cuivre que nous avons pratiquées quelques minutes après l'instillation de la cocaïne ont été aussi douloureuses sur l'œil en expérience que sur l'œil-contrôle. Ceci semblerait confirmer la non-insensibilité des paupières et de la conjonctive palpébrale; toutefois il faut, à ce propos, citer, sans oser l'apprécier, un fait assez curieux. Nous avons instillé dans l'œil d'un malade 3 gouttes de solution dix minutes avant de pratiquer l'ablation d'un chalazion de la paupière inférieure, et nous avons pu ensuite disséquer et enlever la petite tumeur, sans que le malade accusât de douleur. Le lendemain, nous félicitâmes cet homme de son courage; il nous répondit qu'il n'avait pas eu grand mérite à se montrer si brave, puisqu'il n'avait pas souffert.

Le chlorhydrate de cocaïne nous a prouvé qu'il pouvait rendre les plus grands ser-

vices comme anesthésique pour favoriser l'ablation des corps étrangers de la cornée. Nous avons pu, en effet, sur trois malades, extraire des paillettes de fer ou d'émeri (dont l'une était profondément enclavée dans le tissu cornéen) avec la plus grande facilité, sans voir remuer le globe oculaire, sans provoquer le moindre spasme, sans avoir même l'idée d'employer un écarteur ou une pince à fixation. Nous avons opéré dans des circonstances d'une commodité vraiment étonnante, et nous n'hésiterons plus dorénavant à instiller la cocaïne, chaque fois que nous aurons un corps étranger de la cornée à extraire.

On nous pardonnera la brièveté et les lacunes de cette note en faveur de son actualité. Nous nous sommes borné à exposer quelques points intéressants. Toute cette question est grosse de conséquences et d'applications thérapeutiques que nous n'avons même pas effleurées. Nous nous proposons de compléter cette modeste ébauche, à moins que l'activité de nos confrères en oculistique ne vienne fournir des renseignements précis et complets sur le nouvel agent, ce que nous souhaitons de tout cœur pour le plus grand bien des malades et de la science.

A. Trousseau.

Contribution à l'étude étiologique du choléra.

Par le docteur Paul Gibier.

Le 9 août dernier, M. le ministre de l'intérieur me faisait l'honneur de me confier la direction d'une mission médicale dans les départements du Midi atteints par le choléra.

M. le docteur Bérillon m'assistait dans cette mission, mais au bout de quinze jours, à la suite d'une violente attaque de choléra, il fut obligé de quitter le poste de dévouement qu'il avait librement accepté et où il avait donné déjà de nombreuses preuves de courage et d'abnégation.

Je suis resté près de deux mois dans le département du Var; j'ai mis à profit la durée de mon séjour sur le terrain de l'épidémie pour l'étudier à différents points de vue, et je viens aujourd'hui apporter le résumé de mes observations en ce qui concerne l'importation et la contagion du choléra : importation et contagion étant encore en ce moment questions actuelles autant que litigieuses.

Dans les villes de l'importance de Toulon et Marseille, où chaque jour arrivent, par les voies de terre et de mer, une foule de voyageurs venant des cinq parties du monde, il peut être difficile parfois de saisir le point de débarquement d'une maladie contagieuse importée et son heure. L'obscurité qui plane souvent sur ce point délicat explique amplement les avis contradictoires qui ont été émis.

Dans les petites localités isolées et sans grand mouvement commercial, il est plus facile de saisir la piste de la contagion. Ici, l'évidence des faits dénonce souvent l'importation.

Tout d'abord on peut faire cette remarque, qui se présente, en quelque sorte, d'elle-même à l'esprit : c'est que les petites localités comme celles où nous avons pu étudier la marche de l'épidémie, placées à des altitudes différentes de celles de Toulon et de Marseille, soumises à d'autres variations climatériques, se trouvent, par rapport à elles-mêmes et à tous les points de vue, dans des conditions identiques à celles des années précédentes. Cependant le choléra y était inconnu depuis bon nombre d'années et il ne visite ces mêmes localités qu'après avoir fait son apparition sur le littoral et non pas en même temps.

Mais notre but n'est pas de chercher une interprétation des faits ; pour ne pas prolonger cette note, nous ne voulons que les exposer tels qu'ils ont été observés.

Nous nous abstiendrons aussi de prendre des exemples en dehors du cercle où nous les avons étudiés ; ceux-ci, du reste, pourront contribuer à éclairer le sujet; c'est du moins notre espoir. Nous les avons recueillis auprès du corps médical et des municipalités afin de nous assurer de toutes les garanties désirables.

Nos observations ayant été faites particulièrement dans l'arrondissement de Brignoles, nous commencerons l'examen des faits par cette ville. Comment l'épidémie y a-t-elle débuté ?

Dans cette petite ville où les rapports avec Toulon sont assez suivis en temps ordinaire, l'épidémie paraît s'être installée en deux fois. Elle fut d'abord importée par un homme employé au service de la désinfection de Toulon, d'où il arrivait le 6 juillet. Jusque-là on ne signale pas de diarrhées ou de cholérines plus graves que les années précédentes. Dans la même nuit, cet individu fut pris de symptômes cholériques fort

graves; néanmoins il put guérir et se rétablit lentement. M. le docteur Patritti, qui le vit, eut à soigner dans les maisons du voisinage et, dès le lendemain, de fortes cholérines. Suivant M. Patritti, il n'y aurait pas eu d'autres cas graves jusqu'au 19.

Le 18 juillet, l'épidémie fit sa réapparition dans les circonstances suivantes. Un employé du chemin de fer, le nommé B..., qui s'était rendu à Marseille quelques jours avant, fut envoyé des Arcs à Brignoles pour faire un *intérim*. Le lendemain de son arrivée, 18 juillet, il fut atteint du choléra et mourut le 19 au matin. La logeuse chez qui il a été soigné (Mme G...), prise des premières atteintes du mal dès le lendemain de la mort de B..., meurt elle-même le surlendemain. Une femme, qui venait dans la maison faire le service, est prise en même temps et meurt. A partir de ce moment jusqu'à ces derniers jours, les cas de choléra furent nombreux à Brignoles, et il y eut près de quarante décès par cette maladie.

Au Val, village situé à 8 kilomètres de Brignoles, le choléra débute brusquement, le 24 juillet, chez deux femmes nouvellement arrivées de Marseille, d'où elles fuyaient l'épidémie. Ces deux femmes, la mère et la fille, âgées l'une de 68, l'autre de 32 ans, meurent à quelques heures d'intervalle dans une maison située à une courte distance du Val, sur le bord d'un cours d'eau qui traverse le village et dans lequel, suivant une coutume séculaire, on jette les déjections et les eaux ménagères. Aussitôt après la mort de ces deux femmes, le propriétaire de la maison de campagne où elles s'étaient réfugiées tombe malade à son tour ainsi que sa mère. Ils purent néanmoins échapper à la mort.

Quelques jours après, le 6 août, la maladie sévit dans le village, et jusqu'à la fin du mois d'août on compte 17 cas graves sur lesquels 12 se sont terminés par la mort. D'autres cas mortels se sont encore produits; le 28 septembre, il y avait un total de 18 décès.

Correns, petit village que l'on rencontre à 20 kilomètres de Brignoles, présentait, à la date du 22 août, un état sanitaire excellent. A ce moment, le choléra y débute sur une femme de 70 ans, arrivée la veille de Brignoles, où elle avait passé deux jours dans une maison donnant sur une rue étroite, en face d'un local habité par la famille B..., où venaient de se produire trois cas de choléra, dont un mortel que nous avons observé. Cette femme meurt. La garde-malade qui la soignait et qui n'avait pas quitté le village meurt la nuit suivante. Des mesures énergiques purent empêcher l'extension du mal. Il ne se produisit plus que quelques cas de diarrhée auxquels, suivant l'expression du maire, on fit, en raison des circonstances, un peu plus attention que d'habitude.

A Néoules, village isolé du canton de Roquebrussane, le choléra est importé par un habitant qui venait de passer huit jours à Toulon ; c'était un vieillard de 75 ans, qui fut enlevé en six ou sept heures. Treize jours après, le petit-fils du précédent meurt d'une façon enore plus foudroyante. Ces deux décès furent suivis de nombreux cas de cholérine, mais il ne se produisit plus de cas mortels.

A Bras, canton de Saint-Maximin, l'importation est due à une famille réfugiée de Marseille. Une enfant de 9 ans, faisant partie de cette famille, fut prise, deux jours après son arrivée, des symptômes du choléra et mourut le 22 juillet. Le deuxième cas fut celui d'un vieillard de 74 ans, qui mourut le 1er août. Six autres cas plus ou moins graves, mais qui eurent une terminaison heureuse, se produisirent dans la suite.

A Flassans, il est moins facile peut-être de préciser le mode d'importation. Quoi qu'il en soit, voici les faits : le 9 août, une équipe de télégraphistes part de Toulon pour se rendre à Flassans installer le télégraphe. Un chef d'équipe, faisant partie de l'expédition, et de qui je tiens ces détails, est pris en route de diarrhée et de vomissements et il est obligé de rebrousser chemin avant d'arriver à Flassans.

Parmi les autres employés, quelques-uns avaient, suivant l'expression de cet homme, « des dérangements de corps ». Ils sont demeurés à Flassans jusqu'au 20 août. A ce moment, comme je m'en suis informé à Flassans même, l'état sanitaire était excellent. Pendant ce temps, un marché aux bestiaux eut lieu également dans le village. Le 26 août, l'épidémie débutait sévèrement et, en peu de jours, dans ce petit village de 1,400 habitants, on vit se produire un grand nombre de cas, que j'ai traités pour la plupart, et 20 décès cholériques.

A Pignans, petite ville de l'arrondissement de Brignoles, sur la ligne de Marseille à Nice, l'épidémie qui a été suivie et combattue avec le plus grand zèle par M. le docteur Davin, a débuté au milieu de la plus parfaite santé générale, le 9 juillet, chez un nommé Thenoux, qui s'était rendu à Toulon, huit jours avant. Sa proche voisine, qui l'avait visité à plusieurs reprises, meurt onze heures après lui. Un petit vagabond, qui accompagne le cadavre au cimetière, assis sur la charrette où reposait le cercueil, contracte, au bout de quatre jours, un choléra très grave, dont la convalescence fut des plus laborieuses. Il y eut, par la suite, de nombreux cas dont douze furent mortels.

Dans certains endroits, la contagion a paru se transmettre par les cours d'eau comme au Val. De même, à Vins (8 kilomètres de Brignoles), où plusieurs cas de choléra se sont produits à diverses reprises en juillet, août et septembre, à partir du 17 juillet. Le village est situé sur le bord de la rivière de Caramy, qui traverse Brignoles, dont elle est pour ainsi dire l'égout collecteur.

Vins n'a que des communications restreintes avec Brignoles; un chemin vicinal relie les deux localités. Cependant le choléra s'y est montré peu de jours après sa première apparition à Brignoles. Ce fait ne rappelle-t-il pas un des modes de propagation de la fièvre typhoïde?

C'est également en suivant un cours d'eau que l'épidémie cholérique semble s'être transportée du Val à Montfort-sur-l'Argens. Le premier décès qu'elle détermina dans ce dernier village eut lieu 28 juillet. Le Val était contaminé depuis près de huit jours. Or le ruisseau qui traverse le Val, où on a lavé des linges souillés et versé des déjections, se jette à quelque distance de là dans l'Argens, à 1 kilomètre de Montfort, où les eaux de cette rivière sont employées à différents usages.

J'exposerai ultérieurement un certain nombre d'observations sur les symptômes, e traitement et la prophylaxie du choléra. Mais aujourd'hui je limiterai ma tâche à cet exposé où sont résumées les observations que j'ai recueillies en vue de servir à l'étude étiologique de l'épidémie. Je m'estimerai heureux si par leur publication j'ai pu rendre quelque service à la vérité.

BIBLIOTHÈQUE

Pratique chirurgicale des établissements industriels, par M. le docteur Guermonprez. (1er fascicule, Paris, 1884; J.-B. Baillière et Lille : L. Tuarré.

Le nom de M. Guermonprez comme ses travaux de clinique chirurgicale sont bien connus et justement estimés de nos lecteurs. Maintes fois déjà, en effet, nous avons eu l'heureuse occasion de les apprécier dans ce journal. Aujourd'hui, cependant, ce n'est plus des mémoires ou des observations isolées que nous avons sous les yeux, mais bien un livre, ou du moins la première partie d'un livre qui possède le haut mérite de l'originalité.

La chirurgie, dans les établissements industriels, présente ses difficultés. Ici dan cette lutte pacifique, les blessés ne sont pas moins nombreux que sur le champ de bataille, et de même que la chirurgie militaire emprunte au milieu du soldat sa physionomie propre, la chirurgie industrielle possède aussi ses caractères. Les engins de la mécanique moderne ont chacun leur action offensive contre l'ouvrier qui les manie, comme les armes diverses modifient la forme, la gravité, le pronostic et le traitement des blessures de guerre. Eh bien ! ni en France, ni à l'étranger, on n'avait écrit livre semblable. L'ouvrage de M. Guermonprez a ce privilège d'arriver le premier. Il était donc de réelle opportunité.

Cette qualité n'est pas la seule qu'il possède. A mon avis elle serait secondaire, si ce volume n'était pas en même temps d'originalité. Notre estimé confrère lillois est le chirurgien de nombreux établissements industriels. Il a vu et pratiqué ce qu'il enseigne et conséquemment parle d'expérience. Cette vertu semble de rareté dans un temps où la mode est aux compilations bibliographiques à outrance.

Je n'analyserai pas cette œuvre par le menu ; mais je signalerai le titre des principaux chapitres. Cette énumération donnera l'idée et la mesure de leur importance : tels sont les chapitres des blessures par peignes de filature, blessures fréquentes dans le département du Nord, des accidents de la manœuvre dans les gares de chemin de fer, les coups de scie et de machine à raboter, les plaies par usure des polisseurs et des rémouleurs ; les coups de foret, d'épissoir et d'engrenages, les traumatismes par arrachement et par machines à étirer le fer, les brûlures de l'œil, etc., etc. Ce domaine est des plus vastes ; on jugera de son étendue par cette exposition partielle des matières traitées dans ce premier fascicule.

Pour entrer dans le détail de chacune de ces variétés de traumatisme, il faudrait suivre l'auteur auprès du lit des malades ou l'accompagner dans ses discussions aussi précises de forme que pratiques dans les conclusions. Il a eu l'excellente idée de multiplier des figures dont la netteté et l'exactitude facilitent heureusement l'intelligence du texte et des démonstrations.

Ce n'est pas tout : M. Guermonprez nous initie aux procédés industriels et aux parti-

cularités mécaniques des engins qui causent ces traumatismes. La partie clinique de chacun des chapitres est précédée d'un paragraphe très complet où les conditions de leur fonctionnement sont mentionnées au point de vue de l'hygiène industrielle. En outre, les traumatismes de cette nature donnent lieu à des instances judiciaires et à des expertises contradictoires, tardives parfois. Le chirurgien est appelé à se prononcer vis à vis de la justice ou des compagnies d'assurances, de sorte qu'il doit exactement apprécier leur pronostic et leurs conséquences lointaines. Mieux que tout autre, de par sa pratique personnelle, l'auteur était à même d'éclaircir ces questions. Hygiénistes et médecins légistes y trouveront donc profit et renseignements précieux.

Enfin, et ici on ne saurait trop remercier l'auteur de l'attention qu'il apporte à cette question, la thérapeutique a été explorée et discutée avec un soin remarquable. Les indications chirurgicales, le choix des pansements, la technique même de ceux-ci font l'objet de minutieux détails. M. Guermonprez aime la thérapeutique. Il le dit, il le montre et il cherche à donner satisfaction à cette passion, à la faire partager au lecteur et à l'inspirer aux élèves. Cette qualité est de celles qui sont rares. C'est que, clinicien de conviction, il croit à la science qu'il honore, de sorte qu'après avoir lu ce volume, on le fermera en répétant volontiers après Montaigne : ceci est un livre de bonne foi.

Ch. E.

REVUE DES JOURNAUX

Journaux anglais et américains.

Un nouveau traitement de l'entorse, par L. Shearer. — Il est peu de médecins qui n'aient eu dans leur pratique l'occasion de traiter une entorse et de déplorer la lenteur avec laquelle les traitements usuels arrivent à triompher de ces traumatismes si douloureux, si tenaces, quoique d'un pronostic si souvent bénin. C'est surtout lorsque le malade appartient au monde des affaires ou bien à la classe industrieuse qui doit gagner tous les jours son pain quotidien, qu'il est regrettable de le voir cloué sur son lit, en pleine santé, par une affection la plupart du temps justement considérée comme sans gravité.

Le docteur Shearer s'est trouvé bien souvent dans ce cas, et, après avoir traité nombre d'entorses par les moyens usuellement conseillés, en est arrivé à donner la préférence à l'emploi d'un nouvel agent, la terre glaise ou argile des briquetiers.

L'argile une fois bien débarrassée de ses graviers estséchée, puis finement pulvérisée dans un mortier. Après l'avoir délayée jusqu'à consistance d'une boue épaisse, bien que liquide, on l'applique sur un morceau de mousseline en couche d'une épaisseur d'un demi-centimètre environ, et on en enveloppe complètement l'articulation foulée.

Le pansement est maintenu par une bande de caoutchouc qu'on serre assez pour empêcher que l'appareil ne se déplace et que la glaise ne se dessèche. Toutes les vingt-quatre ou trente-six heures on renouvelle l'application.

Grâce à ce traitement, la douleur, le gonflement, les battements dont l'articulation est le siège diminuent rapidement, et, au bout de huit à dix jours, le malade, de nouveau sur pieds malgré la violence de l'entorse, peut sortir et vaquer à ses affaires, comme en témoignent trois observations que l'auteur a jointes à sa note, mais qu'il aurait pu faire plus nombreuses si elles n'étaient forcément la répétition les unes des autres.

Déjà, il y a environ dix ans, le docteur Hewson a introduit l'argile comme agent thérapeutique dans le traitement des fibromes utérins, et il avait annoncé que dans les brûlures étendues, si on saupoudrait la plaie de poudre d'argile sèche, les déformations par rétraction secondaire étaient beaucoup moindres ; mais l'introduction de l'argile dans la thérapeutique de l'entorse est une chose nouvelle, et son efficacité mérite d'être portée à la connaissance des praticiens. Il est bon aussi de rappeler, d'après l'auteur, que l'application de la poudre d'argile desséchée sur la surface des ulcères de jambe avec application de bandelettes adhésives par-dessus constitue un pansement capital dans ces ulcères, tellement peu vivaces que les emplâtres les plus légers empêchent encore la reproduction des granulations naissantes. (*A new method of treating sprains, by Thos. Shearer, the Lancet,* 9 août 1884, p. 233.) — L. Dn.

La cocaïne comme agent anesthésique local. — Nul n'ignore que la coca passé pour jouir de propriétés anesthésiques locales vis-à-vis du pharynx ; d'après une note reçue du docteur Beer (de Vienne) par la rédaction de la *Lancet,* il paraîtrait que le docteur Keller,

de l'Hôpital général de Vienne, vient tout récemment de constater que la coca jouit à un haut degré de cette même propriété anesthésique locale à l'égard de l'œil. L'introduction de une à trois gouttes d'une solution aqueuse à 2 p. 100 de cocaïne dans l'œil rendrait la conjonctive et la cornée assez insensibles pour que l'on puisse enlever ou gouger une partie de la cornée sans exciter aucune action réflexe ni provoquer aucune sensation de douleur.

Ce même fait aurait été constaté et annoncé au dernier Congrès d'ophthalmologie par les docteurs Brettauer et Becker. Dans sa première communication à ce sujet, le docteur Keller a mentionné également l'emploi du même agent thérapeutique pour la production de l'anesthésie locale du larynx.

Ce fait intéressant, mentionné rapidement par un journal médical d'une valeur aussi réelle que la *Lancet,* de Londres, mérite d'être porté à la connaissance de nos lecteurs, qui n'auront pas de peine à trouver l'occasion d'en constater la véracité. (*Cocaïn as a local anæsthetic.* — *The Lancet,* 4 octobre 1884, pp. 608. — L. Dn.

Prophylaxie du choléra, par le chirurgien général A. C. De Renzy. — L'histoire des épidémies de choléra qui ont sévi sur les caravanes de coolies émigrant vers Assain, à bord des steamers du Brahmapoutra dans les Indes pendant ces trente dernières années, est pleine de faits instructifs que le chirurgien général de l'armée anglo-indienne, docteur De Renzy, expose dans un long article.

L'auteur fait d'abord une description des conditions hygiéniques déplorables que les coolies transfuges se créaient, au point de vue surtout de la qualité des eaux utilisées pour leurs usages domestiques, leurs ablutions et leur consommation.

Le même réservoir servait généralement à tous ces usages en même temps, aussi le choléra régnait-il d'une façon permanente au milieu de ces caravanes et la mortalité atteignait-elle un chiffre élevé. Après réorganisation du service de distribution d'eau, après que des mesures eurent été prises pour assurer aux caravanes soit à bord des steamers, soit dans leurs lieux de campement et dans les dépôts, l'usage d'eaux aussi potables que possible, la mortalité diminua immédiatement, comme le montre la statistique suivante :

Mortalité pour 100 :

Avant les améliorations.		Après les améliorations.	
1874	3,00	1879	0,81
1875	3,28	1880	0,42
1876	1,70	1881	0,88
1877	1,46	1882	0,65
1878	2,70	1883	0,65

L'auteur conclut son travail en affirmant que : 1° le choléra a très peu de tendance à se propager par l'intermédiaire de l'air ; autrement il serait difficile d'expliquer l'immunité dont jouissent l'équipage indigène et les passagers européens sur des navires où les coolies infectés par les eaux malsaines, dont ils faisaient volontiers leur boisson ordinaire, payaient eux seuls un lourd tribut au fléau ; — 2° l'eau est l'intermédiaire principal dans la propagation du choléra.

Si la provision est protégée contre la contamination, il est presque impossible que le choléra sporadique devienne épidémique. L'expérience faite au Fort-William confirme puissamment cette proposition. Cette forteresse s'élève au milieu d'une communauté où le choléra règne endémiquement d'une façon permanente, et il ne se passait pas d'années que le choléra ne fît au moins une ou deux victimes dans la garnison du fort.

Le service de l'approvisionnement d'eau ayant été perfectionné, l'extension du fléau a pu être enrayée dans une large mesure. La Commission royale de 1859 donne le bulletin de la mortalité du fait du choléra qui, pendant une longue série d'années, s'élève annuellement en moyenne à 68,96 p. 1000 et, dans les dix années s'étendant de 1846 à 1856, atteint 102,35 p. 1000. Or, pour la période de 1872 à 1882, la mortalité est restée seulement de 9,45 p. 1000. La situation sanitaire du Fort-Willam est loin d'être satisfaisante; mais, grâce aux soins dont l'approvisionnement de l'eau est devenu l'objet, l'intensité du fléau a perdu beaucoup de sa meurtrière puissance. (*The prevention of cholera,* by surgeon general A. C. C. De Renzy C. B. ; *The Lancet,* 9 août 1884.)

L. Dn.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE EN 1884.

PARIS. — M'est avis que l'épidémie actuelle produit des effets nouveaux. C'est beaucoup pour une vieille maladie et une échappée des pays d'Orient! L'Hôtel de ville, en effet, prend de faux airs d'Académie; on y discute de contagion, et M. Desprès y fait des déclarations médicales. Seulement, il faut en convenir, tout cela n'est que fécondité de paroles! et, au milieu de tant de bruit, on ne trouve guère qu'un projet d'utilité immédiate et réelle: c'est la création, pour chaque arrondissement, d'une Commission d'hygiène et de salubrité à côté ou en dehors des Comités d'hygiène déjà existants, dont on connaît bien le bon vouloir et surtout la légale impuissance.

En principe, cette organisation doit exister sur le papier depuis trois mois déjà. Seulement on a négligé de déléguer aux membres de ces Commissions, là où elles sont établies, des pouvoirs nécessaires pour la mise à exécution rapide des mesures sanitaires. Il est donc à craindre de les voir aussi impuissantes que les Comités d'hygiène locaux, et cela parce que l'Administration ne veut pas abdiquer.

On décentralise le service des transports et de la désinfection, services notoirement insuffisants; il serait grand temps de décentraliser aussi à leur profit les pouvoirs dévolus aux préfets qui n'en usent guère. D'autre part, il ne faut pas oublier que, par hostilité, négligence ou défiance à leur égard, certaines municipalités évitent de les convoquer et même de les organiser. Le Conseil municipal, toujours prompt à faire acte d'autonomie, a le pouvoir de mettre l'Administration en demeure de faire disparaître ces lacunes. Ces commissions sont de rapide procédure, et, parce qu'elles fonctionnent sur place, peuvent d'urgence prendre des décisions autrement efficaces que les délibérations très platoniques des Académies et de l'Hôtel de Ville.

Si le choléra doit être bon à quelque chose, je souhaite qu'il décide nos hommes d'Etat à consacrer législativement cette institution. Ce n'est pas d'ailleurs que le choléra soit de violence; à preuve les états municipalement intitulés : *Etats des malades atteints d'affections cholériformes*. Pourquoi cette rubrique, et non pas le mot choléra? Mystère officiel et conséquemment impénétrable!

Du 9 au 10, il y a eu 277 cas signalés, dont 87 admis dans les hôpitaux, et 70 décès, dont 27 dans ces établissements; du 10 au 11, 119 cas et 50 décès dans les hôpitaux; 152 cas et 35 décès en ville. Enfin, du 11 au 12, on compte 152 cas dans Paris et la banlieue. Aubervilliers, Boulogne, Pantin, Clichy et Montreuil, avec 56 décès.—C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 novembre 1884. —Présidence de M. Alph. GUÉRIN.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE :

M. le ministre de la guerre adresse, pour la bibliothèque de l'Académie de médecine, un exemplaire du nouveau Formulaire pharmaceutique des hôpitaux militaires.

M. le ministre de l'instruction publique envoie une brochure et un mémoire de M. le docteur Karica, de Totis (Hongrie), sur le traitement du choléra asiatique par l'eucalyptus.

La correspondance non officielle comprend une note de M. le docteur Sandras, relative au traitement d'un cas de choléra par les frictions avec l'essence de térébenthine et les insufflations d'éther dans la bouche et dans les narines.

M. LE PRÉSIDENT a le regret d'annoncer à l'Académie la mort de M. Fauvel, son vice-président.

M. Fauvel, avant sa mort, ayant exprimé son désir qu'aucun discours ne fût prononcé sur sa tombe, M. le Président craindrait de contrevenir à sa volonté en parlant longuement de lui.

« Homme de travail et de conviction, M. Fauvel, dit-il, ne parlait que de ce qu'il savait, de ce qu'il croyait même savoir mieux que tout le monde.

« Aussi se préoccupait-il fort peu des objections qu'on lui opposait. Ce n'est pas à dire qu'il dédaignât la lutte. C'était, au contraire, un combattant convaincu et, pour que,

dans les derniers mois de sa vie, il ait renoncé à la tribune, il a fallu qu'il sentît ses forces défaillir, car ses convictions n'avaient point été ébranlées.

« Il a dû regretter d'avoir parlé trop tôt du choléra de Toulon, mais ce n'est pas à lui qu'il faut imputer son erreur. C'est nous, membres du bureau, qui l'invitâmes à exprimer son opinion pour rassurer le public affolé par la peur.

« Il inclinait à penser que l'épidémie s'éteindrait sur place, mais il désirait attendre, pour se prononcer. Nous l'engageâmes à parler, ne nous doutant pas qu'il allait compromettre, en un instant, la grande autorité qu'il devait à ses longues études, à la sincérité de ses convictions, à son amour pour la vérité. Comme nous, il pensait à notre pays, dont les intérêts de toute sorte étaient menacés; nous insistâmes, il céda à nos instances et, dans sa générosité, il n'eut jamais la pensée de dire que, si ses prévisions ne se réalisaient pas, c'est que, pour la première fois de sa vie, il n'avait pas eu le temps de se recueillir. Je tenais à lui rendre cette justice; d'autres, plus autorisés que moi, vous parlant de ses travaux, vous dirons que, sentinelle vigilante, il eût empêché le choléra de franchir Suez et nous en eût préservés, si des considérations autres que celles de l'hygiène n'avaient pas prévalu chez des voisins qui professent la compassion pour les maux d'autrui, quand leur commerce doit en profiter. »

M. le Président lève ensuite la séance en signe de deuil.

VARIÉTÉS

L'ODONTOLOGIE EN FRANCE

Les questions de réglementation de la profession de dentiste et d'enseignement odontologique, agitées et restées si longtemps sans solution, sont entrées dans une voie nouvelle depuis quatre ou cinq ans. Depuis cette époque, la liberté d'exercice et d'enseignement a donné d'excellents résultats. C'est ce que l'on peut constater par le compte rendu de la dernière séance d'inauguration des cours de l'Ecole dentaire de Paris, 23, rue Richer. Cette séance était présidée par M. Paul Bert, qui a développé ses idées personnelles sur les deux questions à résoudre et s'est nettement prononcé en faveur du parti pris par les fondateurs de l'Ecole dentaire, en attendant la décision un peu lente de l'Etat.

M. Lecaudey, directeur sortant et président de l'Association générale des dentistes de France, et M. le docteur Th. David, directeur actuel de l'Ecole, ont exposé dans leurs discours les progrès accomplis depuis la fondation de leur institution et l'état présent, très favorable, de celle-ci.

« En 1879, dit M. Lecaudey, l'art dentaire n'était exercé en France que par un certain nombre de praticiens dont les cabinets étaient autant d'écoles fermées, et où de rares adeptes pouvaient profiter des leçons du maître. La grande majorité n'ayant aucun moyen d'instruction autre que leur expérience personnelle, arrivaient très lentement à acquérir les connaissances théoriques et pratiques nécessaires à l'exercice de leur profession. Comme conséquence, il résultait pour nous, vis-à-vis des dentistes étrangers, un état d'infériorité dont on s'est plaint maintes fois sans y apporter de remède. C'est ce qui décida un certain nombre de dentistes à se grouper et à réunir leurs efforts pour améliorer cet état de choses. »

Les uns proposèrent la réglementation de la profession par l'Etat, et la création d'un enseignement et d'un diplôme officiels; c'était beaucoup demander et s'exposer à attendre bien longtemps.

Les autres, partisans de la liberté d'exercice, sans s'inquiéter des autres solutions, sans s'attarder à de stériles discussions, sans cesse renouvelées et sans résultat depuis plus de cinquante ans, résolurent de faire quelque chose ; ils se réunirent et créèrent notre école dentaire. »

Cette école a déjà donné, dans sa clinique, à plus de 20,000 malades, des soins éclairés et gratuits qu'ils n'eussent point trouvés ailleurs. « Elle entre, dit M. David, dans la cinquième année de son existence avec un registre d'inscription de 250 élèves. (Combien de Facultés, somptueusement entretenues, n'en pourraient montrer autant! Il n'est pas inutile de faire remarquer non plus que l'*Institut odontotechnique* de la rue de l'Abbaye, fondé par les dissidents de la première heure, n'a pu recueillir qu'une vingtaine d'étudiants inscrits, dont la plupart ont des attaches de famille avec le corps enseignant.) Elle peut dès maintenant rivaliser avec ses sœurs de l'étranger dont notre art, par ce fait même, cesse d'être tributaire. »

Ainsi 250 dentistes, le cinquième des dentistes français, au lieu de s'installer sans étude, sont venus suivre pendant deux ans des cours d'enseignement professionnel. M. le professeur Trélat disait d'eux : « Tous ceux qui ont subi avec succès vos examens définitifs peuvent se présenter hardiment devant le public; leur instruction est suffisante pour qu'ils puissent faire face aux exigences de la pratique et rendre de véritables services. » . . . .

Nous possédons donc actuellement une école dentaire sérieuse qui a déjà fourni ses preuves, qui a recueilli les sympathies de MM. Trélat, Verneuil, Duplay, Brouardel, etc. Nous ne saurions que l'encourager dans son développement.

Il y a cependant une objection à faire. On s'est demandé naturellement pourquoi on ne voyait pas à la tête de cette institution certains praticiens qui, en matière d'art dentaire, font pour ainsi dire école, M. Magitot, par exemple.

Avec quelques autres confrères, M. Magitot pense que, pour être dentiste, il faut absolument être médecin ; — que la réglementation de l'art dentaire doit se faire par l'interdiction d'exercer, imposée peu à peu à tous les dentistes non docteurs ; — que l'État doit créer à cet effet un enseignement officiel, une chaire à la Faculté de médecine, dont le titulaire sera...? Aussi a-t-il fait une constante opposition aux progrès de l'école dentaire qui ne réalise point son rêve, et a-t-il vu avec grand déplaisir, dit-on, MM. Trélat et Verneuil donner leur patronage à cette institution.

Nous croyons, nous, que M. Magitot n'a pas su comprendre la situation actuelle de l'art dentaire. Si, au lieu de s'opposer à la création de l'enseignement professionnel, il l'eût prise en main, il aurait pu grouper autour de son nom tout le corps des dentistes, ses anciens élèves en tête, dont il eût pu faire un corps enseignant à l'abri de toute discussion. De cette entente complète, il serait résulté un relèvement beaucoup plus rapide, plus complet de la profession de dentiste, but cherché par lui-même aussi bien que par les fondateurs de l'Ecole dentaire de Paris.

Cette situation n'a pas manqué de susciter de vifs regrets, qui ont été exprimés en ces termes par le directeur de l'Ecole, M. David.

« Permettez-moi, en terminant, de ne pas accepter pour moi seul la distinction que m'a offerte le Conseil d'administration de notre Ecole. En me choisissant comme directeur, il a voulu sans doute honorer en moi un homme dont je suis l'élève, et à qui nous devons les premiers travaux véritablement scientifiques qui aient été écrits en France sur l'odontologie. Laissez-moi donc exprimer le regret que l'auteur de ces remarquables travaux, M. Magitot, n'occupe pas cette place, dont personne n'eût été plus digne que lui. »

P.

Faculté de médecine de Paris.

THÈSES DE DOCTORAT DU 1er AU 15 NOVEMBRE 1884.

Lundi 3. — M. Maestrati : Etude critique sur le traitement du tétanos par l'hydrate de chloral. (Président : M. Verneuil.) — M. E. Chevalier : Traitement des ulcères variqueux par les incisions libératrices. Application de ce procédé à d'autres variétés d'ulcères chroniques. (Président : M. Verneuil.)

Mardi 4 et mercredi 5. — Pas de thèses.

Jeudi 6. — M. Mercié : De l'enchondrome des os. (Président : M. Le Fort.) — M. Griffière : Contribution au traitement de la fièvre typhoïde par le seigle ergoté. (Président : M. Peter.)

Vendredi 7. — Pas de thèses.

Samedi 8. — M. Prévost : De l'aliénation mentale comme complication immédiate ou tardive de la fièvre typhoïde. (Président : M. Ball.) — M. Fournel : L'hôpital Beaujon. (Président : M. Laboulbène.)

Lundi 10. — M. Baroux : De l'artérite (Président : M. Vulpian.) — M. Fradet : Du rhumatisme secondaire dysentérique. (Président M. Damaschino.)

Mardi 11 et mercredi 12. — Pas de thèses.

Jeudi 13. — M. Bottey : Considérations sur deux cas de luxation de l'épaule en arrière et en bas. (Président : M. Richet.) — M. Perrier : Contribution à l'étude de la réduction des luxations sous-coracoïdiennes récentes de l'épaule par la méthode de rotation et d'élévation combinées du professeur Kocher, de Berne. (Président : M. Panas.)

Vendredi 14. — M. Weber : De l'amaurose saturnine. (Président : M. Potain.) — E. Torkomian : Etude clinique sur les accidents observés chez les tuberculeux brightiques sans tuberculose rénale. (Président : M. Potain.)

Samedi 15. — Pas de thèses.

FORMULAIRE

Pilules toniques et reconstituantes. — Reuss.

Arséniate de fer		0 gr. 15 centigr.
Extrait de gentiane	âà	2 grammes.
Extrait de houblon		
Extrait de colombo		

F. s. a. 48 pilules. — Aux personnes affaiblies, chez lesquelles on a lieu de craindre le développement de la tuberculose, on prescrit une pilule par jour, à l'heure du déjeuner, pendant huit jours, et au bout de ce temps, une autre pilule au dîner. Huile de foie de morue, vin de quinquina ou de coca. — Badigeonnages de teinture d'iode, deux ou trois fois par jour, s'il existe la moindre matité aux sommets. — Sous l'influence de ce traitement, les forces se rétablissent, l'appétit renaît, la lassitude générale et l'essoufflement disparaissent. — N. G.

COURRIER

Nécrologie. — La Faculté de médecine vient de perdre un de ses plus jeunes agrégés, M. Arthur Henninger, âgé seulement de 34 ans. Nommé à la suite d'un concours des plus brillants, où il soutint une thèse très remarquée sur *l'Action des ferments solubles sur les matières albuminoïdes,* il suppléait M. Wurtz, dont il était un des meilleurs élèves, dans la chaire de chimie médicale, depuis 1878. Professeur éloquent et d'une érudition peu commune, son enseignement était vivement apprécié par les élèves. M. Henninger était aussi professeur à l'Ecole municipale de chimie ; les occupations multiples de son professorat ne l'ont cependant pas empêché de prendre un rang distingué parmi les chimistes contemporains. On lui doit de nombreux travaux de chimie biologique et de chimie pure, parmi lesquels on peut citer : la synthèse de l'orcine et un travail très étendu sur l'érythrite. Collaborateur du grand dictionnaire de Wurtz, il y a écrit un nombre considérable d'articles très remarquables, parmi lesquels on doit citer les articles sur la série aromatique et sur les fermentations. Comme sous-directeur de cette publication, il a dû déployer depuis dix ans une somme de travail qui, jointe à la direction du laboratoire de la Faculté, était excessive pour ses forces. Tout récemment encore, M. Henninger avait été appelé à présider la section de chimie au congrès scientifique de Blois, où il fit plusieurs communications importantes.

Sa valeur morale n'était pas moindre que son intelligence, presque encyclopédique. Né dans le Nassau, il s'était expatrié en 1867 avec toute sa famille pour ne pas subir l'annexion prussienne ; il avait obtenu ses lettres de naturalisation en France, au moment où celle-ci était en deuil, et douter de son amour pour la patrie française eût été lui faire une plus douloureuse insulte que d'attaquer ses qualités scientifiques.

Henninger était encore un caractère énergique, un ami sûr et dévoué, aussi avait-il inspiré de profonds dévouements, qui ont adouci pour lui les amertumes d'une longue et cruelle maladie, et laisse-t-il d'inconsolables regrets. — P. L. G.

Faculté de médecine. — M. le professeur Laboulbène commencera le cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie le jeudi 13 novembre 1884, à quatre heures (petit amphithéâtre), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure. Dans la première leçon, le professeur résumera l'œuvre de Celse et l'histoire de la médecine à Rome.

Hôpital Saint-Louis. — *Cours clinique des maladies cutanées et syphilitiques.* — M. le professeur A. Fournier commencera ce cours le vendredi 14 novembre, à neuf heures, et le continuera les mardis et vendredis suivants.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs

Sommaire

Sur l'étiologie de la scarlatine hémorrhagique.

Dans mon mémoire sur l'étiologie et la pathogénie de la variole hémorrhagique (*Union médicale*, 1882) je me suis efforcé de démontrer que les altérations antérieures des grands viscères, foie, rein, rate, cœur, etc., étaient les causes principales de cette forme grave de la variole, et je disais en terminant : « ce que j'ai fait pour la variole pourrait être fait d'ailleurs pour d'autres affections à formes hémorrhagiques, comme la scarlatine, le scorbut, le purpura, etc., et il est probable qu'on arriverait aux mêmes résultats. »

Le manque de temps ne m'a pas permis de faire au sujet de ces diverses affections d'aussi longues recherches que pour la variole ; mais comme j'ai dans mes notes trois cas relatifs à la scarlatine, dont deux inédits, je crois utile de les publier maintenant, afin d'attirer de nouveau l'attention sur ces questions si intéressantes d'étiologie et de pathogénie.

Je dois la première à l'obligeance de M. le docteur Sorel, médecin-major de 1re classe à Sétif.

Observation I. — Un jeune homme de 25 ans, forgeron, robuste, très sobre, en Algérie depuis seize mois, séjourne dans mon service du 23 février au 2 avril 1882 pour une fièvre typhoïde restée légère.

Le 15 mai suivant, il rentre dans mon service au troisième jour d'une fièvre scarlatine des plus intenses qui devint hémorrhagique dans la nuit ; il urine du sang à peu près pur. Mort le 17 à 11 heures du matin.

D'après ce qui avait été observé chez les Esquimaux du Jardin d'acclimatation morts de variole hémorrhagique, je soupçonne une dégénérescence des viscères abdominaux. L'autopsie confirme l'hypothèse ; le foie est totalement gras, absolument décoloré, et les reins sont blancs.

Cette dégénérescence devait être antérieure à la fièvre typhoïde ; il en résulterait alors

---

FEUILLETON

LES MAISONS DE SANTÉ ET LES HÔTELS D'ALGER.

Depuis quelques années, Alger tend à devenir chaque hiver une station plus importante. La colonie anglaise, très nombreuse, est disséminée sur les coteaux d'El-Biar et de Mustapha supérieur, et l'on rencontre pendant quatre mois. sous les arcades de la rue Bab-Azoun, le boulevard du « tout Alger », un grand nombre d'étrangers, d'artistes et de malades. Malgré les beautés de la nature, le soleil ne suffit pas toujours à procurer à lui seul les consolations nécessaires à un exilé, qui demanderait à la ville de faire certains sacrifices pour lui procurer quelques distractions. Il y aurait, ce me semble, bien des lacunes à combler, bien des entreprises à créer dans une pensée humanitaire, et c'est sur quelques-uns de ces points d'un intérêt direct pour les malades, — qui forment parmi les hiverneurs la catégorie la plus intéressante, — que je voudrais attirer l'attention. Je me placerai donc au point de vue purement médical dans les limites du cadre que j'ai choisi; car, s'il me fallait indiquer tous les *desiderata* dont souffre un étranger, qui vient passer l'hiver à Alger, un volume suffirait à peine pour décrire l'incurie des édiles, qui paraissent avoir le plus grand respect pour la poussière et la boue de leurs rues; l'insolence des cochers, la rapacité des marchands juifs, l'incommodité des tramways, et mille autres petits ennuis qui, répétés chaque jour, finiraient par rendre insupportable le plus beau pays du monde.

Il n'existe actuellement aucune maison de santé à Alger, et l'on ne sait que répondre

que celle-ci a pu évoluer normalement dans un organisme taré, tandis qu'il n'en a pas été de même de la scarlatine.

Au point de vue chirurgical, une opération chez cet homme eût pu donner un insuccès impossible à prévoir, en l'absence de l'examen des urines, examen facilement négligeable tellement existaient chez lui toutes les apparences de la santé.

Je ne partage pas l'avis de M. Sorel sur l'époque de l'apparition de la dégénérescence des viscères constatée à l'autopsie de son malade, dégénérescence qu'il croit antérieure à la fièvre typhoïde. Je pense au contraire que celle-ci a été la cause de l'altération des reins et du foie. Cette altération est de règle dans la fièvre typhoïde; elle dure plus ou moins longtemps après elle, suivant que sa réparation est plus ou moins rapide, et on peut admettre que, s'il survient une affection avant que cette réparation soit terminée, les altérations de l'organisme laissées par la première affection influenceront fâcheusement la marche de la seconde.

A la vérité, dans les observations de fièvre typhoïde suivie de scarlatine citées par M. Bez, l'influence de l'une sur l'autre ne paraît pas évidente; mais les cas sont trop peu nombreux pour qu'on puisse en tirer des conclusions, et en outre ils sont presque tous relatifs à la coexistence des deux maladies. (J. Bez: *De la contemporanéité des fièvres éruptives et de leur coexistence avec la fièvre typhoïde chez le même individu.* Th. de doct. Paris, 1877.)

D'autre part, si l'altération des viscères avait précédé la fièvre typhoïde chez le malade de M. Sorel, il est probable que cette affection n'aurait pas été aussi légère qu'elle s'est montrée.

Il faut tenir compte aussi chez ce malade, comme chez tous les Algériens, d'un certain degré d'impaludisme, puisque ce malade habitait l'Algérie depuis seize mois, — car, quoi qu'on en dise, il n'est guère de personne ayant séjourné un peu longtemps en Algérie qui n'ait subi les atteintes, plus ou moins visibles, de paludisme — et l'on sait qu'une des principales manifestations du paludisme larvé est précisément l'hémorrhagie.

Du reste, la thèse de M. Bez contient une observation où l'influence du paludisme antérieur sur la détermination hémorrhagique de la scarlatine ne nous paraît pas douteuse (p. 255), puisque c'est pour des accidents palustres que la malade est entrée à l'hôpital.

à un malade qui vous écrit : « Vous connaissez Alger; vous savez que, dans mon état de santé, je ne peux habiter ni une chambre meublée, ni une chambre d'hôtel; vous connaissez aussi ma fortune, avec laquelle je dois d'autant plus compter que les frais de voyage sont déjà très onéreux; pourriez-vous m'indiquer un établissement dans lequel je serais logé, nourri et soigné pour sept ou huit francs par jour? » Combien de jeunes gens, parvenus à la dernière période de la phthisie, et pleins de confiance dans le soleil et le climat de l'Algérie, se voient privés de cette dernière espérance, parce qu'ils ne trouveraient pas un gîte convenable! Mieux vaut encore leur chambre à Paris, où ils ont leurs parents et leurs amis, qu'un lit d'hôpital, même éclairé par le soleil. La création d'une maison de santé, soit à Alger même, soit aux portes de la ville, répondrait à un besoin réel et pressant, et serait une œuvre véritablement utile et humaine. Qu'un médecin en prenne la direction, comme l'avait fait M. Landowski, ou qu'une Compagnie l'administre en s'assurant un service médical régulier; qu'il s'agisse d'une entreprise humanitaire ou d'une spéculation purement financière, peu importe! En créant ici une sorte d'hospice Dubois, à la portée de toutes les bourses comme la Maison municipale de santé de Paris, on rendrait un grand service aux malades et aux médecins.

J'ai connu, cette année, un jeune homme qui était allé s'installer seul à la campagne, aux environs de la ville; il fut pris d'hémoptysies et d'accidents aigus de congestion pulmonaire, et fut obligé de se faire transporter à l'hôpital. Il n'avait pas à choisir! Ce simple fait suffit pour démontrer l'utilité d'un établissement analogue à l'Institut sanitaire qu'avait eu le mérite de fonder à Mustapha supérieur le regretté docteur Ed. Landowski, dont les membres du Congrès d'Alger se rappellent encore aujourd'hui

Obs. II (résumée). — Louise, 7 ans, admise pour une hypertrophie de la rate et une cachexie paludéenne. L'enfant allait beaucoup mieux lorsque le 29 avril apparaît une éruption de varioloïde très discrète.

Le 30, conjonctives un peu rouges ; sur les bras, les cuisses existe une seconde éruption de taches roses très abondantes, fines, presque confluentes.

Le 2 mai, les pustules de varioloïde sont desséchées ; la scarlatine est très belle sur les cuisses et les avant-bras. Le pharynx, la langue sont d'un rouge foncé. Le soir, l'éruption scarlatineuse couvre tout le tronc et les membres.

Le 3, l'éruption scarlatineuse est générale : le dos, le cou, la face sont couverts de taches rubéoliques. Les pustules de varioloïde non encore desséchées sont noires.

Le 4, l'éruption, qui couvre tout le corps, a une teinte vineuse, marbrée ; elle consiste en une foule de petites taches rouges, foncées, semées sur un fond rose pâle.

Le 6, l'éruption prend un caractère hémorrhagique. Coryza diphthéritique.

Le 7, l'éruption s'éteint un peu ; dans les aines et les aisselles, on trouve encore la scarlatine ; sur les membres l'éruption est franchement rubéolique (marbrures). Dans la soirée, la gorge se couvre de fausses membranes ; voix éteinte. L'asphyxie commence. Mort le 8 dans la journée.

A l'autopsie, broncho-pneumonie double ; larynx, pharynx et trachée recouverts de fausses membranes. Pas de mention des autres viscères.

Cette observation ressemble tout à fait à celles que nous avons signalées dans notre premier travail et où la forme hémorrhagique de la variole se manifesta chez des sujets atteints de cachexie palustre. On peut donc appliquer à la scarlatine ce que nous disions de la variole, et conclure que chez la malade de l'observation précédente le paludisme antérieur a été la cause des accidents hémorrhagiques.

M. le docteur Bertin, de Gray, a bien voulu nous envoyer la troisième observation, prise avec beaucoup de soin, et dont nous ne saurions trop le remercier. Les phénomènes complexes qui se sont manifestés en rendant l'interprétation un peu difficile, nous ne donnerons celle-ci qu'après avoir rapporté le fait lui-même.

Obs. III. — Henri B..., né le 1er 1865 d'un père rhumatisant et d'une mère morte phthisique onze ans après la naissance. Un frère, né quatre ans après lui, jouit d'une excellente santé, malgré un accroissement parfois trop rapide ; mais il est brun, sec, tandis que Henri est blond et d'aspect lymphatique.

---

l'accueil si affable et les idées larges et généreuses. La mort ne lui laissa pas le temps d'achever son œuvre, et la Maison de santé, n'ayant plus de chef médical, a dû être transformée en un hôtel (l'hôtel d'Orient) qui, par sa situation exceptionnelle, ses vastes jardins et son confort intérieur, est à juste titre un des hôtels les plus recherchés des hiverneurs.

Cependant les malades peuvent trouver des soins assidus, une bonne nourriture, un air pur et des jardins magnifiques dans une maison de santé, fort modeste d'apparence, que le hasard m'a fait connaître, et qui me paraît digne à tous les points de vue d'être indiquée. Cette maison, qui est située à HusseinDey, au delà du jardin d'Essai, à 6 kilomètres d'Alger, est dirigée par des religieuses de Saint-Vincent de Paul. Malheureusement cette organisation est aussi éphémère que la vie humaine, puisqu'elle est subordonnée à la durée de l'existence de Mlles Parnet, d'un âge déjà fort respectable. Ces dames qui jouissent de l'usufruit de cette propriété, comme héritière d'un oncle mort il y a quelques années, y ont installé cinq ou six religieuses, qui soignent avec un grand dévouement ceux qui viennent leur demander asile. Il y a une dizaine de chambres, et le prix de la pension est très modeste, variant entre cent vingt et cent cinquante francs par mois. Mais, d'après une clause du testament de l'oncle Parnet, cette propriété retourne à la commune à la mort de ses nièces, et il est à craindre qu'avec elles ne disparaissent aussi la maison de santé. Espérons que les fondatrices de cette œuvre vivront encore longtemps, et que les malades pourront encore pendant bien des années venir chercher à la « campagne Parnet » le repos du corps et de l'esprit, et y recouvrer la santé.

Dans un de ses remarquables articles sur la charité à Paris, M. Maxime du Camp a

Du côté paternel : grand père rhumatisant, mort à 75 ans d'une affection du cœur; grand'mère goutteuse, morte à 71 ans d'apoplexie cérébrale.

Du côté maternel : grand-père goutteux, graveleux, mort à 67 ans d'angine de poitrine; grand'mère gastralgique très bien conservée, a aujourd'hui 71 ans.

Henri B..., a été nourri par sa mère ; il augmentait de 400 à 500 grammes par semaine, dans les premiers mois de la vie; à 6 mois, il pesait plus de 12 kilogrammes, et il marchait à 1 an. Sa dentition a été des plus faciles, et, malgré son apparence lymphatique, il n'a jamais eu ni impétigo ni ophthalmie.

A 7 ans, il n'avait pas été malade, lorsqu'il eut la rougeole, qui fut bénigne.

Il était gros, lourd, et la marche le fatiguait beaucoup.

En avril 1872, étant un peu pâle, il fut emmené à la campagne; mais, trois jours après, ayant beaucoup couru, il eut froid, et pendant la nuit se plaignit d'une douleur dans la fesse gauche. Le lendemain, il était couché sur le côté malade, les jambes fléchies sur les cuisses et les cuisses sur le bassin. Le moindre mouvement, le moindre attouchement provoquaient des cris. Il y avait de la fièvre et tous les phénomènes locaux d'une arthrite de la hanche. Les antiphlogistiques restèrent sans résultat. Au bout de quelques jours, les douleurs augmentant plutôt, on mit l'enfant dans une gouttière de Bonnet, et la fièvre et la douleur cessèrent presque instantanément. Au bout de huit jours, l'enfant levait et remuait la jambe; mais, aussitôt qu'il était sorti de la gouttière, la flexion du membre et les douleurs reparaissaient.

Pendant onze mois, l'enfant fut gai, mangeant, buvant comme en bonne santé, mais une nuit passée sans la gouttière ramenait les accidents. On avait donné l'huile de foie de morue, et au printemps de 1873 quelques bains de sel de Salins qui avaient paru procurer du soulagement.

En juillet, H. B..., fut conduit à Salins. Les premiers bains parurent faire bon effet, mais le huitième jour une douleur vive survint pour la première fois dans le genou gauche. On arrêta le traitement quelques jours, puis on le reprit : nouvelle douleur au genou. Il fallut remettre l'enfant dans sa gouttière pour le ramener. La douleur se calma, mais la jambe était empâtée, et au mois d'octobre il existait une collection purulente à la partie moyenne et externe de la cuisse. Ponction et injection iodée; la plaie resta fistuleuse et ne guérit qu'en 1874, après des injections de liqueur de Villate. Malheureusement une chute sur une des béquilles amena au-dessus du genou droit une contusion qui fut suivie d'un abcès, puis d'un érysipèle étendu aux deux membres inférieurs et au bassin; en outre, pendant quarante jours, accidents typhoïdes qui mirent la vie en danger.

En août 1875, H. B..., guéri de ces accidents, fut conduit à Aix. Le traitement fut énergique; on obtint des mouvements plus faciles. En 1876, l'enfant alla en classe, mais au mois d'août revinrent des douleurs dans la fesse, de l'empâtement à l'aine, et bien-

---

montré, à propos de l'asile de Villepinte, comment certaines œuvres, dont les débuts ont été des plus modestes, se sont développées dans des proportions extraordinaires. Ce qui manque souvent, ce qui arrête dans leur essor le développement de ces œuvres si utiles, c'est la question d'argent. C'est à la charité privée de répondre à ces appels de bienfaisance, et, si quelque millionnaire transformait un jour la modeste maison de santé d'Hussein-Dey en un vaste asile pour les malades, ou se passait la fantaisie d'en fonder une à la porte d'Alger, il ferait, suivant l'expression de M. Maxime du Camp, un acte grandiose et mériterait bien de l'humanité.

Il est une autre entreprise, à la fois utile et agréable aux malades, qui aurait de grandes chances pour réussir : ce serait la création d'une sorte de ferme modèle, où l'on pourrait aller dans la journée boire du lait de vache ou du lait de chèvre. Construite dans un site agréable, à quelque distance de la ville, cette métairie deviendrait vite un but de premenade, et permettrait de se procurer à toute heure du lait frais et naturel. Il y a, ce me semble, pour un habile spéculateur, quelque chose à faire dans cette voie, et tout le monde y trouverait son compte. Réfléchissez, Normands, mes frères.

Je ne dirai qu'un mot des hôtels, dont beaucoup sont assez peu confortables. Il faut bien l'avouer, la plupart des hôteliers d'Alger n'ont qu'un but : exploiter le voyageur, et ils mettent dans le même sac l'Anglais, l'Allemand et le Français. Tout hiverneur est pour eux un étranger, et, qu'il reste huit jours ou trois mois, que ce soit un compatriote ou un prince exotique, il est absolument traité de la même manière. Qu'en résulte-t-il? C'est qu'on cherche en ville une installation meilleure et moins coûteuse, et qu'on se résigne à se contenter de la cuisine de quelque espagnole louée cinquante ou soixante francs par mois. Il y a encore économie, et l'on est mieux. En attendant

tôt il fallut ouvrir un abcès communiquant avec l'articulation. Les injections poussées par l'ouverture du pli de l'aine sortaient par une autre située entre l'ischion et le grand trochanter. Cet état dura jusque dans l'hiver de 1877-1878; alors, après une saison à Barèges, les abcès se cicatrisèrent. H. B... retourna à Barèges en 1879 et 1880. La hanche était ankylosée, mais il pouvait faire 5 à 6 kilomètres à pied et de longues courses à âne, et l'état général était bon.

En mai 1881 : scarlatine grave avec vomissements de sang, taches hémorrhagiques, délire furieux qui dure cinq jours.

Les cicatrices anciennes se rouvrent par gangrène le quatrième jour, et il s'établit une suppuration des plus abondantes avec mortification du tissu cellulaire qui s'en allait par paquets. Bientôt survinrent des hémorrhagies par les plaies fistuleuses; chaque pansement renfermait des caillots parfois très abondants. La scarlatine était terminée, mais le malade était menacé de mort par l'abondance de la suppuration et par les hémorrhagies. Etat général mauvais, amaigrissement considérable; sueurs nocturnes.

Le quinquina, la ratanhia, le perchlorure de fer à l'intérieur; des injections dans les plaies avec l'acide phénique, le vin aromatique, le chloral; l'iodoforme *intus et extra;* l'iodure de potassium, soit seul, soit associé au mercure, furent essayés en désespoir de cause, le tout sans succès, et une terminaison funeste était à craindre.

M. Bertin eut alors l'idée de donner le seigle ergoté, qu'il emploie depuis longtemps sur les indications de M. Duboué (de Pau); il associa donc 25 centigrammes de poudre d'ergot aux 25 centigrammes de quinine administrés depuis quelques jours déjà sans résultat.

Le lendemain, le pansement n'offrait plus trace de caillots; une amélioration sérieuse survenait, et au bout de douze jours on pouvait cesser l'ergot; l'état général se relevait, la suppuration avait diminué en même temps que les plaies avaient pris meilleur aspect. Deux mois après, elles étaient cicatrisées.

Depuis ce temps, le malade, malgré des douleurs pendant les hivers, n'a cessé de jouir d'une bonne santé; mais il y a de l'acide urique dans ses urines. Il est, du reste, gros mangeur.

En résumé, un jeune garçon de tempérament lymphatique, fils d'une femme morte de tuberculose pulmonaire et d'un père rhumatisant, est pris, quelques mois après une rougeole bénigne, à la suite d'une longue course suivie d'un refroidissement, d'une coxalgie aiguë. Cette étiologie n'a rien d'insolite, et nous n'avons pas à rechercher ici la part qui revient à chacun des divers facteurs : lymphatisme, rougeole, fatigue, refroidissement, sur la production de la coxalgie; les deux premiers ont agi comme causes prédisposantes et les deux autres comme causes déterminantes.

---

que l'on construise un nouvel hôtel, dans lequel on trouvera un confort proportionné à l'élévation des prix, le meilleur est actuellement l'hôtel de la Régence, dont la situation au plein midi, la belle vue sur la rade et sur la place du Gouvernement sont autant d'avantages appréciables pour des malades. La nourriture y est bonne, et je n'ai eu qu'à me louer de la sollicitude des propriétaires, qui joignent à leurs qualités le mérite d'être Français. Car il y a dans notre belle colonie beaucoup d'Allemands, et, qu'ils soient docteurs ès sciences ou ès sauces, je les évite avec soin, et ne leur envoie jamais mes amis.

Les hôtel des environs d'Alger, et surtout ceux de Mustapha supérieur, sont en général meilleurs que ceux d'Alger, tant au point de vue hygiénique qu'au point de vue matériel. Comme je le disais à propos de l'hôtel d'Orient, l'air est plus pur et la nourriture plus soignée. Mais je souhaite qu'un jour quelque Vatel français aille faire à Alger de la cuisine du Nord, avec de bon beurre, sans ail et sans huile. Il verra venir à sa table tous les valétudinaires, qui, gens du Nord pour la plupart, se fatiguent très vite des sauces du Midi. La nourriture est souvent le côté défectueux des cures qui nécessitent le séjour de l'hôtel, et son insuffisance nuit beaucoup au résultat. Mais je m'arrête, on pourrait m'accuser de réclame ou de rancune; or, je n'ai que le désir d'être utile à tous les estomacs en général, et en particulier à ceux de mes lecteurs qui voudront aller voir cet hiver « si j'ai dit vrai. » M. N.

Quinze mois après, phénomènes d'ostéite du fémur, abcès qui reste fistuleux pendant un an environ. Celui-ci était à peine guéri qu'une simple contusion du membre opposé amène un nouvel abcès, suivi d'érysipèle grave.

Cette première série d'accidents dure trois ans et trois mois. Il y eut ensuite une année de répit, mais alors, sans cause appréciable, l'ancienne arthrite se mit à suppurer pendant dix-huit mois environ.

Donc, l'enfant avait été malade, depuis l'âge de 7 ans, pendant six années, en deux fois à un an d'intervalle et d'une manière très grave; il avait suppuré abondamment pendant deux ans et demi. Connaissant l'influence profondément nocive des suppurations prolongées sur les viscères, il est facile d'admettre qu'après la première période de douze mois de suppuration, l'organisme ait été assez altéré pour qu'une simple contusion ait donné lieu à un abcès, et que de celui-ci soit parti un érysipèle diffus. Les cas de ce genre sont fréquents chez les blessés atteints d'altérations du foie et des reins.

L'érysipèle possédant de son côté la fâcheuse propriété de déterminer des lésions anatomiques profondes dans les viscères, n'a pu qu'aggraver encore les altérations qui lui avaient donné naissance, de sorte que, guéri de sa coxalgie et de ses abcès, l'enfant devait avoir conservé dans son organisme des altérations anatomiques considérables, qui le prédisposaient à d'autres accidents.

On ne sait guère encore, dans l'état actuel de la science, combien il faut de temps pour qu'une altération viscérale semblable à la dégénérescence graisseuse du foie puisse se réparer, mais on sait que ce temps est très long, — que, d'après la facilité avec laquelle elle se manifeste en cas de blessure, la prédisposition morbide créée par les affections viscérales graves dure pendant de longues années, — et l'on peut affirmer sans crainte de se tromper que cette prédisposition existait encore, et avec beaucoup de puissance, chez notre jeune malade au bout de trois ans, lorsqu'il fut pris de scarlatine.

Aussi, de même qu'en cas de blessure, la stéatose du foie et des reins provoque des hémorrhagies, de même ici, sous l'influence de l'altération viscérale laissée par les suppurations prolongées et l'érysipèle, la scarlatine, comme la variole dans notre précédent travail, a revêtu la forme hémorrhagique.

A cette première phase en a succédé bientôt une autre. L'influence de la stéatose viscérale antérieure s'est jointe à celle de la scarlatine, et toutes deux, se faisant ressentir sur les cicatrices anciennes des abcès, véritables lieux de moindre résistance, en ont amené l'inflammation et le sphacèle, donnant ainsi lieu à un foyer purulent dont les parois friables sont devenues le siège d'hémorrhagies incoercibles.

L'organisme était à coup sûr profondément altéré, puisque, comme dans les hémorrhagies des cachexies, du purpura, du scorbut, c'est-à-dire de ces états caractérisés anatomiquement par des dégénérescences viscérales graves, les hémostatiques ordinaires, administrés *intus et extra*, n'ont pu arrêter l'écoulement du sang; mais cet organisme n'était pas encore assez épuisé pour ne pas pouvoir réagir sous l'influence du médicament convenable, et lorsque celui-ci a été trouvé et administré, les hémorrhagies se sont arrêtées et l'état général s'est amélioré aussi bien que l'état local.

Il reste un dernier point à examiner : celui de savoir à quel médicament il faut attribuer cette heureuse influence. Est-ce à la quinine ou au seigle ergoté? Tous deux sont d'excellents hémostatiques dans les cas d'hémorrhagie de cause interne ou diathésique; ici la quinine n'a pas réussi d'abord, quand elle a été donnée seule, mais peut-être la dose de 25 centigrammes était-elle trop faible; l'association de la poudre d'ergot à la quinine a produit l'effet voulu, mais alors la puissance de la quinine était

doublée de celle de l'ergot, ou *vice versa*, et tout en reconnaissant que l'intervention de ce dernier médicament a été des plus heureuses, je crois qu'il serait injuste de lui attribuer tout le succès obtenu, et de ne pas en accorder une part à la quinine.

Quoi qu'il en soit, l'observation de M. Bertin est des plus intéressantes au point de vue de l'étiologie de la scarlatine hémorrhagique, comme celles de M. Sorel et M. de Bez, et nous serions très heureux si leur publication pouvait provoquer celle de faits analogues.

L.-H. Petit.

La thérapeutique algérienne et le traitement de Maillot

On n'a pas oublié les paroles que le rapporteur de la commission du prix Montyon prononçait en 1883, devant l'Académie des sciences, en décernant cette haute récompense à l'ancien président du Conseil de santé des armées. — « Grâce à la méthode de « Maillot, disait-il, on vit disparaître ces épidémies terribles dont avait tant souffert « notre armée en Morée et pendant les premières campagnes d'Afrique ; la possibilité « de l'occupation militaire et de la colonisation ne fut plus discutée ; la Mitidja cessa « d'être le tombeau des chrétiens. »

C'était justice, peut-être un peu tardive, envers le doyen des médecins militaires français. Il avait fallu la voix puissante de M. le professeur Verneuil pour rappeler aux oublieux la valeur de ces travaux, provoquer au Congrès d'Alger un élan populaire d'enthousiasme et susciter les hommages mérités des pouvoirs élus de la colonie.

Il n'est pas d'usage de voir une question médicale mettre les foules en émoi et le monde politique en attention. C'est que la thérapeutique des fièvres paludéennes a été d'une grande importance au triple point de vue scientifique, humanitaire et patriotique. Jusque-là, les fièvres des pays chauds étaient nosologiquement mal connues, et l'œuvre scientifique de M. Maillot apprit à en déterminer cliniquement la nature tout en donnant les moyens de les rendre moins meurtrières, de les guérir souvent et de les prévenir. Elle justifiait donc l'aphorisme classique : *naturam morborum ostendunt curationes;* car désormais, à côté des fièvres justiciables de la quinine, on put distinguer nettement les pyrexies qui lui sont rebelles.

Les épisodes qui accompagnèrent l'instauration de cette thérapeutique, ont place parmi les plus émouvants de l'histoire médicale de nos guerres d'Afrique. En 1833 et 1834, l'épidémie palustre régnait à Bône et en décimait la population. Deux fois en peu d'années cette ville avait été ravagée par les Kabyles ; les marais de la Bouynna et de la Seybouse étaient l'origine d'épais brouillards et d'effluves miasmatiques ; enfin le casernement des troupes était d'une redoutable insalubrité. J'en appelle d'ailleurs à l'impartialité d'un témoin oculaire : « Sur plus de 3,000 hommes reçus à l'hôpital, écrivait « M. l'inspecteur Hutin, pendant les mois de juin, juillet et août, 2,000 environ y sont « arrivés avec des céphalites aiguës, accompagnées d'accès intermittents ou gastro-in- « testinaux (1). »

On n'aurait pas tout dit si on omettait d'exposer quelles étaient les ressources hospitalières de cette villes. Six cents lits devaient recevoir les malades ; c'était peu, à coup sûr, pour hospitaliser les 1,800 hommes de la garnison. C'est là une vérité de M. de la Palisse et ces vérités ont cela de bon que les Administrations n'en tiennent pas compte. Avec sa traditionnelle prévoyance, l'Intendance fit tardivement élever des baraquements dont l'achèvement coïncida avec les derniers jours de l'épidémie ! En attendant, on disséminait ces fiévreux dans les habitations abandonnées, lézardées ou en ruines. Il n'y a pas lieu, à coup sûr, d'insister sur les conditions antihygiéniques d'un tel milieu.

L'épreuve était décisive pour une méthode thérapeutique qu'on mettait à l'essai dans de telles conditions. Ses résultats furent favorables, et en 1834, dans le service de M. Maillot, après l'adoption du sulfate de quinine, il y eut 1,437 morts en moins avec 856 malades en plus. Néanmoins son triomphe était loin d'être assuré : vaincre la maladie fut plus aisé que combattre les préjugés ou les mauvaises volontés.

Malgré cette démonstration, il y avait dans la garnison et la population civile une prévention injustifiable contre la médication quinique, à preuve l'incident suivant dont M. Maillot a donné le récit. Pour se soustraire à ce traitement, des officiers organisèrent

---

(1) Hutin, l'Epidémie de Bône en 1833, *Gazette médicale de l'Algérie*, 1882.

un dispensaire. Mais cette opposition fut de courte durée. Les faits parlaient plus haut que les passions, et « ces dissidents ne tardèrent pas à déserter leur hôpital interlope, « pour venir s'abriter dans nos salles et nous demander des soins. »

Ailleurs aussi la nouvelle méthode rencontrait des obstacles. Je ne parle pas d'adversaires scientifiques et d'oppositions doctrinales ; mais j'invoque un passage des mémoires du duc d'Orléans. Le sulfate de quinine avait mauvaise réputation dans les milieux princiers, aussi dans le récit de l'expédition de Constantine en 1836, d'une plume sévère il écrivait : « Des ballots entiers de ce poison avaient été avalés en quelques jours dans « les régiments transformés en infirmeries. »

Faut-il s'en étonner? Non, à coup sûr, dans un temps où de bons esprits médicaux accusaient cet agent médicamenteux de provoquer des engorgements viscéraux de l'abdomen, des hydropisies, des diarrhées! On mettait à l'actif du sulfate de quinine des ulcérations anatomo-pathologiques qui sont au passif de la malaria.

Les succès obtenus étaient et sont cependant manifestes, quand dans leur appréciation on tient compte de la malignité des fièvres. Au siège de Millianah, par exemple, 1,100 hommes furent laissés, en juin 1840, dans la place assiégée. Au 10 octobre, ils n'étaient plus que 300 ; au 1er janvier 1841, il n'en restait que 80. En six mois, 1,000 victimes sur 1,100 soldats ! Ce chiffre a une triste éloquence (1).

Plus tard, dans une autre contrée et dans une épidémie non moins grave, le sulfate de quinine vint à manquer et on observa des faits semblables. C'était à l'île Maurice, où en 1867 les fièvres paludéennes firent 4,000 victimes sur 36,000 habitants. Le sulfate de quinine devint si rare, qu'on le vendit 1,500 fr. les 30 grammes. Le temps était passé où on l'accusait d'empoisonner les malades.

Mais je reviens en Afrique et je laisse parler les chiffres. En mai 1832, l'armée française entre à Bône; son effectif varie entre 3,000 et 5,000 hommes, jusqu'à la pacification, époque où il descend à 2,000 hommes. Or, en 1832, le coefficient obituaire était de 1 sur 9: en 1833, de 1 sur 14. Dans le service de M. Maillot, où on administre le sulfate de quinine et où on distingue les fièvres à quinquina des autres pyrexies, il descend au-dessous de 1 sur 21 (2). Aujourd'hui, après cinquante ans de conquête et la vulgarisation du traitement de Maillot, cette mortalité n'est plus que de 1 sur 50.

D'après la statistique militaire officielle, de 1865 à 1869, on a compté, en Algérie, 35 décès sur 3.968 malades atteints de fièvres intermittentes, et de 1875 à 1880, 41 sur 3.336 cas. Cependant, des expéditions militaires ont été journellement entreprises, et les causes de morbidité étaient nombreuses. Il y a donc loin du temps où M. Hutin signalait le fait suivant : En 1833, on envoie au blockhaus de Fontaine, à 10 kilomètres de Bône, un renfort de 208 soldats. Après deux ou trois jours, 24 ou 25 d'entre eux étaient morts de la maladie, et le médecin était des morts.

Après avoir constaté la haute valeur de cette médication au point de vue scientifique, on doit, ce me semble, mesurer toute son étendue au point de vue social et humanitaire. Cette même ville de Bône ne consistait, en 1832, qu'en ruines misérablement habitées par une population cachectique de 5,000 individus. Aujourd'hui elle en possède 25,000; des quartiers ont été construits sur les terrains paludiques et M. le médecin en chef Hattut a pu écrire : « Sur le nombre total des fièvres intermittentes, per- « nicieuses ou rémittentes, observées pendant l'année, très peu sont originaires de « Bône. Les cas de cachexie se montrent presque exclusivement chez les hommes du « pénitencier militaire, en raison même de leurs travaux pénibles : ouvertures de « routes, dessèchement des marais, défrichement, etc., etc. » Le traitement du médecin en chef de Bône en 1834 a donc été pour cette ville, comme pour l'Algérie, l'origine de sa prospérité.

Le bénéfice de ces améliorations sanitaires, objectera-t-on, appartient aussi à d'autres facteurs hygiéniques : dessèchements des marais, plantations, défrichement, augmentation du bien-être de la population, etc., etc. Soit ! mais si de tels résultats ont été possibles, il faut reconnaître encore qu'on les doit à la médication quinique.

Et puis ce n'est pas tout. Quand on franchit le théâtre des premières conquêtes du traitement de M. Maillot, et qu'on en a mémoire les paroles de M. Bouchardat, déclarant que la misère et les marais sont partout les deux grands ennemis de l'homme, comment ne pas attribuer au sulfate de quinine sa part dans ses grands travaux, et les tentatives de colonisation qui honorent notre siècle et notre race sur tous les points du globe?

L'œuvre de M. Maillot a aujourd'hui la consécration scientifique du temps; il serait fâcheux qu'elle eût celle de l'oubli de nos contemporains. Après les manifestations du

(1) Roches, *Trente-deux ans à travers l'Islam*, t. I, p. 414.
(2) Maillot, *Gazette des Hôpitaux*, 1884.

Congrès d'Alger, on s'attendait, dans la mère patrie, à des témoignages de la reconnaissance nationale. Après maints hommages aux découvertes d'illustres savants, le Parlement français prendra-t-il à devoir de consacrer à son tour le nom du vétéran de la médecine militaire? Il faut l'espérer pour la réputation de ce pays et pour le corps de santé de l'armée dont M. Maillot est aujourd'hui le doyen et dont il restera l'honneur. La gloire médicale ainsi acquise mérite des ordres du jour de reconnaissance, surtout quand elle s'associe à celle du drapeau. Puisse dans un jour de trêve politique nos sénateurs et nos députés ratifier ainsi un jugement, qui, pour ne pas être encore celui de l'histoire, a déjà reçu la consécration des cinquantes dernières années.

Ch. E.

BIBLIOTHÈQUE

Recherches sur le pouls dans le cours, la convalescence et la rechute de la fièvre typhoïde par le docteur Pierre Parisot. — Paris, J.-B. Baillière, 1884.

M. Pierre Parisot a pensé que l'examen du pouls dans la fièvre typhoïde, un peu négligé depuis que la thermométrie a pris en clinique une importance si considérable, devait cependant continuer à tenir une place légitime dans les préoccupations du médecin. Il était intéressant en tout cas de passer en revue les opinions si différentes des auteurs sur cette matière, de les comparer et de recueillir des observations personnelles dans le but de trancher les questions litigieuses.

C'est dans le service et sous la direction de son père, M. le professeur Victor Parisot (de Nancy), que M. Pierre Parisot a pris les tracés sphygmographiques et institué les recherches sur lesquelles sont basées ses conclusions.

En expérimentateur prudent, il a fixé soigneusement les conditions matérielles dans lesquelles il se plaçait, et il fait remarquer qu'il est indispensable, pour étudier la forme du pouls, de connaître les déformations que la pression du ressort du sphygmographe fait subir aux tracés. Pour qu'on obtienne un bon sphygmogramme, la pression exercée par le ressort doit être proportionnelle à la tonicité artérielle.

Dans la période d'état de la fièvre typhoïde, la *fréquence du pouls* est toujours supérieure à la normale, tout en étant relativement moindre que dans les autres maladies fébriles. Le pouls est remarquablement moins fréquent chez les hommes que chez les femmes, ou, pour mieux dire, que chez les sujets d'une grande impressionnabilité nerveuse ; il oscille chez les hommes entre 80 et 104, chez les femmes entre 104 et 120. Il y a gravité, quand le pouls, pendant plusieurs jours, atteint ou dépasse chez les hommes 116, et chez les femmes 140 ; une restriction doit être faite pour les cas où l'accélération est attribuable à une *complication douloureuse.*

L'accélération du pouls n'est pas proportionnelle à la faiblesse de la tension artérielle.

C'est avec raison qu'Andral avait dit : « On n'observe pas toujours un rapport rigoureux entre l'accélération de la circulation et l'élévation de la température. La chaleur peut être très forte dans des cas où la fréquence du pouls n'est que médiocre. » Ce contraste, manifeste surtout chez les hommes, a une certaine valeur diagnostique, et il est indispensable d'examiner toujours simultanément le pouls et la température.

La *forme du pouls* est remarquable par l'exagération du dicrotisme, mais il n'y a pas de rapport entre l'amplitude de celui-ci et la gravité du cas. Le *polycrotisme* ne doit pas être considéré comme l'indice d'une convalescence prochaine, ainsi que Lorain et Marey avaient semblé l'admettre. Le *dicrotisme asymétrique* est une des formes de la pulsation les plus caractéristiques de la fièvre typhoïde. L'*anacrotisme* est surtout le signe d'une tension artérielle très faible.

Les *irrégularités du pouls* peuvent apparaître, dans la période d'état, à la suite d'une augmentation rapide et considérable de la tension artérielle, qu'on peut produire artificiellement en déterminant un refroidissement périphérique, si l'on place le malade sur un matelas d'eau rempli d'eau froide. Le spasme vasculaire ainsi obtenu met en évidence la faiblesse latente du cœur, qui provient de sa dégénérescence granulo-graisseuse. Les irrégularités de cet ordre se rangent à côté de celles qui peuvent être d'origine nerveuse ou dépendre d'une dégénérescence prononcée de la fibre cardiaque.

Chez les enfants, la fréquence des pulsations a moins d'importance que chez l'adulte, vu son extrême variabilité. Le dicrotisme est très net à partir de dix ans.

Chez les vieillards, les indications fournies par le pouls semblent supérieures à celles de la température ; le dicrotisme est moins accentué que chez l'adulte.

DANS LA CONVALESCENCE, le pouls est plutôt impressionnable que fréquent ; cette impressionnabilité, mise en jeu par les changements d'attitude, l'alimentation, la marche, sont en rapport avec la tension artérielle, qui dépend elle-même de l'anémie du sujet. Aussi les indications fournies par la température sont-elles plus importantes alors que celles du pouls.

En résumé, la *tonicité artérielle* d'où dépendent les modifications de la forme de la pulsation, après avoir été faible pendant le stade des oscillations descendantes, passe par un maximum au moment de la défervescence complète, diminue ensuite et, au bout d'un temps très long chez les sujets anémiés, augmente de nouveau pour revenir à l'état physiologique. Les irrégularités du pouls dans la convalescence sont surtout manifestes après les défervescences rapides.

DANS LA RECHUTE, à égale gravité, le pouls est plus fréquent que dans la première évolution typhoïde.

Un index bibliographique, très soigneusement fait, rendra le travail désormais facile à ceux qui voudront poursuivre des recherches sur le même sujet, et complète heureusement la consciencieuse étude de M. Pierre Parisot. — P. L. G.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE EN 1884.

PARIS. — Dans l'organisation de la Commission sanitaire, la municipalité du XVIIe arrondissement vient d'entrer dans la voie que nous indiquions à cette même place il y a deux jours.

Déléguant ses membres dans chaque quartier, cette Commission a constitué des *comités d'hygiène de quartier* ayant réunion au siège des commissariats de police et, par conséquent, pouvant appuyer leurs décisions sur l'autorité immédiate des agents de la Préfecture, les seuls qui, d'après la loi, disposent des moyens de rapide intervention dans les cas de calamités publiques. C'est donc, par cette sage organisation, assurer la promptitude des informations, des secours et de l'exécution des mesures sanitaires. Si de tels efforts peuvent assurer pour l'avenir, non pas la désinfection de la cité au chlore et à l'acide phénique, mais bien plutôt sa propreté, le choléra parisien aura rendu quelques services à l'hygiène, et, pour une fois, le fléau indien aura été bon à quelque chose !

Depuis le 4 jusqu'au 11 novembre, la morbidité a été de 711 cas, parmi lesquels 202 ont été suivis de mort ; de sorte que le rapport de la mortalité, eu égard à la morbidité, est relativement peu élevé. Le 11, il est vrai, il y a eu 284 cas et 107 décès ; le 12, 248 cas et 98 décès ; tandis que, le 13, la morbidité est descendue à 170 cas nouveaux et la morbidité à 71 décès.

Cependant, l'épidémie tend à s'étendre en surface, et, à cette date, on remarque la contamination des communes suburbaines : de Boulogne, Levallois, Clichy et Puteaux au nord-ouest ; Pantin et Chennevières, au sud-est. L'épidémie, stationnaire depuis deux jours, s'est donc atténuée aujourd'hui.

DÉPARTEMENTS. — A *Nantes,* du 7 au 13 novembre, on a compté 13 cas et 6 décès ; de sorte que la diminution de l'épidémie est manifeste. Elle ne possède guère plus d'intensité à *Yport,* où les cas nouveaux et les décès ont été de 2 depuis le 8 novembre ; et à *Melun,* où elle se déclarait quatre jours après l'épidémie parisienne, faisait 8 victimes et causait 3 décès.

Par contre, à *Toulon,* on signalait, le 10 novembre, une nouvelle explosion cholérique. De cette date jusqu'au 14, il y a eu, dans cette ville, 30 cas et 6 décès.

En *Algérie,* on mentionne toujours quelques cas à Oran ; mais la mortalité y est faible.

ETRANGER — Enfin, en *Italie,* l'épidémie touche à sa fin ; le 5 novembre, il y a eu 4 cas, et, le 7 novembre, 8 cas et 4 décès dans tout le royaume. — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 10 novembre 1884. — Présidence de M. ROLLAND.

« Courte et bonne », c'est la devise des mauvais sujets. Elle aurait pu convenir, toute révérence gardée, à l'Académie dans la dernière séance. Commencée à trois heures

vingt minutes, terminée à quatre heures, nous en avons rarement vu de si bien et de si rapidement remplies.

C'est d'abord M. de Lesseps, qui avait beau jeu pour reprendre son vieux thème de l'inutilité des quarantaines, en faisant l'énumération des précautions prises aux frontières de tous les Etats qui ont été successivement envahis par le choléra. Il est certain que les ennuis imposés aux voyageurs auraient dû leur être épargnés, et que tout le monde y eût gagné, surtout les Etats qui ont poussé ces ennuis jusqu'à la vexation au détriment de leurs plus manifestes intérêts. Mais, ce que les événements ont démontré, c'est plutôt l'insuffisance des quarantaines et des cordons sanitaires que leur inutilité. L'immunité de la Sicile, lors de l'épidémie de 1865, reste un argument jusqu'à présent irréfuté. De toutes les stations de la Méditerranée, la Sicile seule, autour de laquelle avait été établi un système de quarantaine sévère, échappa à la contamination.

Il convient donc de conclure du fait de la Sicile, et des faits contemporains qu'a énumérés M. de Lesseps, que, si l'isolement d'une île est possible, il n'en est pas de même des Etats continentaux, et que, pour les frontières terrestres, la surveillance et la prohibition sont inefficaces.

S'il en est ainsi dans l'état actuel des choses, que sera-ce, lorsque la navigation aérienne sera établie? Or, nous sommes, paraît-il, à la veille d'assister à cette prodigieuse conquête de la science.

Comme pour corroborer les ironies de M. de Lesseps à l'égard des douanes et des barrières internationales, M. Hervé-Mangon, qui prend la parole après lui, annonce que le problème de la navigation aérienne peut être regardé, dès aujourd'hui, comme pratiquement résolu. Il rend compte de la nouvelle expérience tentée samedi dernier par les capitaines Renard et Krebbs, à Meudon, expérience qui a pleinement réussi. L'aérostat a marché, dans une direction voulue, pendant quarante-cinq minutes, à raison de 23 kilom. à l'heure. Quand il allait directement contre le vent, dont la vitesse était de 8 kilom., la vitesse de l'aérostat n'était plus que de 15 kilom. M. Hervé-Mangon termine sa communication, en disant qu' « il ne reste plus qu'à construire le vaisseau de ligne destiné à parcourir l'Océan aérien. »

M. H. Bouley, vice-président, se lève ensuite, et réclame l'attention de l'Académie pour une découverte de premier ordre. Il s'agit de la préservation de la fièvre jaune. M. Domengo Freire, dont nous avons naguère signalé déjà les recherches sur le microbe du vomito negro, a poursuivi ses études, et il est maintenant assez sûr des résultats obtenus pour s'être inoculé le virus atténué. Trois jeunes gens ont suivi son exemple, ainsi qu'un jeune physiologiste, M. Rebeaujon, élève de M. Chauveau et de M. G. Pouchet, que M. Bouley, à la demande de l'empereur du Brésil, avait envoyé à Rio pour fonder une école vétérinaire. En présence de l'innocuité de ces inoculations, l'empereur a autorisé la pratique des vaccinations, et plus de 500 personnes, dont M. Domengo Freire adresse la liste à l'Académie, s'y sont soumises à leur tour. Enfin, trois commandants de navires anglais, apprenant que la fièvre jaune régnait à Rio-Janeiro, se sont fait vacciner, eux et tous les hommes de leurs équipages. Tous les vaccinés, sans exception, ont été préservés. Ces faits sont, à n'en pas douter, péremptoirement établis; car M. Bouley les accepte et les proclame sans la moindre hésitation Il n'en est pas de même de la détermination du microbe. A cet égard, le savant aacdémicien fait beaucoup de réserves, et il demande le renvoi de la partie du mémoire relative à la description du microbe, à l'examen d'une commission de contrôle. Mais, quelles que soient la nature et même la provenance du microbe, ce qui importe, selon M. Bouley, et ce qui est acquis, c'est que ce microbe quelconque, cultivé, atténué, puis inoculé, préserve de la fièvre jaune.

La grande affaire, en effet, serait de détruire cette redoutable maladie, et, puisque la forme du microbe paraît, jusqu'à nouvel avis, chose secondaire, pourquoi n'essayerait-on pas, avec le vaccin du Brésil, de combattre aussi le choléra? Qui sait? D'ailleurs, on ne risque guère, aucun des vaccinés de là-bas n'ayant présenté le moindre accident.

M. Gréhant adresse une note relative aux dangers qui peuvent résulter de l'insufflation forcée dans les voies respiratoires. La membrane des vésicules pulmonaires ne résiste que dans une assez faible mesure et se déchire aisément sous une pression un peu forte. Chez les enfants qui viennent au jour dans un état asphyxique, il convient donc de pratiquer l'insufflation avec modération; autrement, on risquerait de déterminer une lésion certainement mortelle pour faire cesser un état qui peut n'être que transitoire et que l'on peut combattre à l'aide de moyens différents.

— Rien n'étant plus à l'ordre du jour, la séance est levée à quatre heures. — M. L.

FORMULAIRE

Potion anticholérique. — Gicquel.

Extrait d'opium.	0,10 centigr.
Eau distillée de menthe.	50 grammes.
Eau distillée.	50 —
Sirop simple.	30 —
Acétate d'ammoniaque liquide.	20 ou 25 gr.

F. s. a. Potion dont les deux premières cuillerées à bouche seront données de demie en demie heure ; et le reste de la potion par cuillerée à bouche d'heure en heure, ou de deux heures en deux heures, selon la gravité du mal.

Pour les enfants on diminuera, selon leur âge, les doses d'extrait d'opium et d'acétate d'ammoniaque.

Ne pas craindre d'employer à la dose de 25 grammes l'acétate d'ammoniaque, en potion, pour les grandes personnes.

COURRIER

Concours. — Le concours pour la nomination à une place de médecin-adjoint du service des aliénés dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière, ouvert le lundi 20 octobre 1884, s'est terminé par la nomination de M. le docteur Féré.

Les candidats inscrits étaient au nombre de quatre : MM. Féré, Saury, Respaut et Vallon.

L'épreuve écrite a eu pour sujet : le nerf pneumogastrique (anatomie et physiologie).

— Le concours pour les prix à décerner aux internes en médecine des hôpitaux et hospices civils de Paris s'est ouvert le 3 novembre 1884, à midi. Le jury se compose de MM. Fournier, Cruveilhier, Jules Simon, Troisier, Peyrot, Reclus et Maygrier.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. A. Lesage, aide de clinique de la Faculté du laboratoire de l'Hôtel-Dieu.

Clinique des maladies de l'estomac. — *Hôpital de la Pitié.* — M. le docteur V Audhoui, reprendra ses leçons cliniques sur les maladies de l'estomac, le 20 novembre 1884, à neuf heures et demie, à l'amphithéâtre n° 3, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

Asile Sainte-Anne. — M. Magnan reprendra ses leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, le dimanche 16 novembre à neuf heures et demie du matin, et les continuera les dimanches et mercredis suivants à la même heure.

Les leçons porteront plus particulièrement cette année sur les rapports entre la « Folie des héréditaires, les Folies intermittentes et le délire chronique ».

Cours d'ophthalmologie. — M. le docteur Gillet de Grandmont commencera son cours d'ophthalmologie le lundi 17 courant à huit heures du soir, à l'école pratique (amphithéâtre n° 3) et le continuera les vendredis et lundis à la même heure. Objet du cours : Médecine opératoire.

Les élèves seront exercés à la pratique des opérations.

Hôpital des enfants-malades. — M. le docteur Auguste Ollivier, agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, recommencera ses conférences de clinique infantile le lundi 17 novembre, à neuf heures et demie.

Conférences les lundis à l'amphithéâtre, les vendredis au lit du malade.

Policlinique les mardis et samedis. Consultation publique le jeudi.

Cours de pathologie et de chirurgie. — Le docteur Dubuc, ancien interne des hôpitaux, commencera son cours de pathologie et de chirurgie de l'appareil urinaire, le mardi 18 novembre, amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique et le continuera les jeudis et mardis suivants à la même heure.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs

Sommaire

Plaie pénétrante du péricarde par une balle de revolver ; péricardite ; bruit de moulin ; tintement métallique ; pleuro-pneumonie ; mort au bout de vingt-quatre jours.

Observation communiquée à la Société de médecine, dans la séance du 10 mai 1884,

Par M. POLAILLON.

(D'après les détails recueillis par M. CHASLIN, interne de son service à l'hôpital de la Pitié.)

Le nommé Louis Duloc..., âgé de 12 ans, est admis, le 23 mars 1884, dans mon service à l'hôpital de la Pitié.

Ce jour-là, il jouait avec un garçon de son âge qui tenait à la main un revolver chargé, du calibre de 6 millimètres. Il avait saisi l'arme par le canon pendant que son camarade tenait la crosse. Le coup partit inopinément, et la balle pénétra dans le tronc de notre patient.

Sur le moment, la douleur ne fut pas considérable; l'écoulement de sang fut peu abondant et s'arrêta spontanément.

Le blessé ayant été transporté à l'hôpital de la Pitié, l'interne de garde fit immédiatement l'occlusion de la plaie avec du collodion et de la baudruche. Potion avec extrait thébaïque.

Le *24 mars*, j'examine le blessé. La plaie est petite, située dans la région épigastrique, à gauche de la ligne médiane, entre l'appendice xyphoïde et le rebord des cartilages costaux gauches. Pas d'écoulement de sang par la plaie, pas d'emphysème, pas de douleur à la pression; légère douleur spontanée dans la région du dos, sur la ligne médiane, au niveau de la pointe des omoplates. Les battements du cœur sont réguliers, quoique précipités et émotifs. La respiration est régulière et assez calme.

L'auscultation du poumon et du cœur ne révèle rien d'anormal.

Ni vomissement, ni crachement de sang. Aucune miction sanguinolente, aucune selle depuis l'accident. Tempér., 36°6.

Pansement avec une feuille de protective maintenue par du diachylon. Couche d'ouate sur le ventre et la poitrine, maintenue par un bandage de corps.

Comme on ignorait la direction du projectile, comme le lieu de son orifice d'entrée pouvait faire croire aussi bien à une pénétration dans la cavité abdominale que dans la cavité thoracique, comme il n'y avait aucun trouble de la respiration ni de la circulation, j'admis, provisoirement, que la balle avait pénétré dans l'abdomen; et, dans l'hypothèse d'une lésion de quelque viscère abdominal, je prescrivis le repos absolu, de l'opium à doses fractionnées, du lait, du bouillon comme aliment et comme boisson.

La balle était restée dans les tissus, car je ne trouvai aucun orifice de sortie. Il n'y avait même aucun point où je pusse la sentir dans les parties molles ou sous les téguments. Le soir, la température monta à 39°.

25 mars. — Pendant la nuit, le blessé a une selle ordinaire, non sanglante. Pas de vomissements, pas de frissons. Un peu de douleur rétro-sternale en respirant. Temp. matin, 38°2. Soir, 39°.

26 mars. — La nuit a été bonne. La douleur dorsale a disparu. La douleur pendant la respiration a diminué. La respiration est calme, mais un peu accélérée. Pouls, 136. Temp. matin, 38°6. Soir, 38°8.

Les *27* et *28 mars*, l'amélioration continue; le facies est bon, et je commence à espérer une issue favorable. La crainte d'une péritonite primitive me paraît écartée.

Le *29 mars*, à sept heures et demie du matin, après avoir ingéré un peu de bouillon, Duloc... est pris d'un étourdissement et d'un état syncopal subits. La face est grippée, très pâle, les lèvres sont bleues et les extrémités froides. La respiration est exclusivement costale; le diaphragme est immobile. Le pouls est imperceptible, mais les battements cardiaques sont réguliers. Pas de vomissements. Le malade n'accuse aucune douleur; mais il a une anxiété extrême, s'agite et appelle à son secours. Temp., 37°8.

L'explosion de ces phénomènes si alarmants me paraît due à une péritonite foudroyante, produite par l'élimination d'une escharre intestinale et l'épanchement des matières stercorales dans le péritoine.

Le soir, le ventre est ballonné, mais non douloureux; miction rare; un vomissemen de substance liquide; respiration costale supérieure, anxieuse et précipitée. Pouls irrégulier et faible. Temp., 38°1. Grande agitation; grande impatience du malade. Mais le faciès est moins grippé et moins pâle.

On remarque que la plaie donne issue à une quantité de sérosité sanguinolente assez grande pour mouiller le pansement et couler sur le ventre.

30 mars. — Respiration moins fréquente, toujours exclusivement costale. Le pouls continue à être faible, inégal et irrégulier. On découvre qu'une pression au cou, sur le trajet du pneumogastrique gauche, est très douloureuse. Pas de selle. Pas de vomissements. Ecoulement continuel de cette sérosité trouble que j'ai déjà signalée. Pansement de Lister, sans spray, parce que le malade ne peut supporter la pulvérisation phéniquée. Temp. matin, 36°8. Soir, 38°4.

31 mars. — Pouls meilleur, quoique faible; il n'est plus inégal ni irrégulier. Respiration plus calme. Amélioration notable. L'état d'esprit du petit blessé est insupportable; il est exigeant, violent et d'une extrême impatience. Temp. matin, 37°6. Soir, 38°8.

En présence de ces phénomènes, mes craintes d'une péritonite généralisée se dissipent, et j'incline plutôt à penser qu'il y a une lésion du diaphragme avec péritonite localisée ou peut-être avec pleurésie diaphragmatique. Mais l'auscultation de la poitrine ne nous révèle rien, et l'auscultation du cœur fait entendre les bruits normaux. Il est impossible d'exercer la percussion en raison de la douleur et de l'opposition du malade.

1er avril. — Duloc... est toujours très irritable et très difficile à examiner. Il se plaint d'un poids à la partie supérieure du sternum et d'une vive douleur autour de la plaie. Quand on explore cette douleur, on trouve qu'elle s'étend à toute la surface du péricarde. Le liquide séro-sanguinolent qui s'écoule par la plaie est beaucoup moins abondant. La plaie a toujours le même aspect : elle est remplie de bourgeons charnus pâles et offre à droite un petit pertuis par où on voit sourdre le liquide séro-purulent pendant les mouvements d'expiration. Pendant les mouvements d'inspiration, au contraire, le vide se fait dans ce pertuis et l'air est attiré du côté de la profondeur. Je m'abstiens d'explorer le trajet fistuleux avec un stylet de peur de provoquer quelques désordres.

En auscultant la région précordiale, nous entendons à la pointe du cœur des battements précipités, réguliers et forts, sans bruit de souffle. Mais en plaçant le sthétoscope ou l'oreille au niveau du troisième espace intercostal gauche, nous sommes fort surpris d'entendre un bruit de *clapotement de roues de moulin,* et de temps en temps un *tintement métallique* analogue à celui que produit une bulle d'air qui vient éclater à la surface du liquide de l'hydropneumothorax. Au-dessus et au-dessous du point indiqué, le bruit de moulin va en s'affaiblissant. Dans l'aisselle gauche, on entend seulement les bruits éloignés du cœur et la respiration normale.

L'auscultation du poumon, soit à droite, soit à gauche, ne révèle rien de morbide. Quelques crachats sans caractère. Inappétence. Lait. Temp. matin, 37°8. Soir, 38°9.

2 avril. — Le maximum du bruit de moulin est situé plus haut que la veille; il est localisé dans le deuxième espace intercostal à deux travers de doigt du sternum. Il ne se propage pas jusqu'à la pointe, où les bruits cardiaques sont bien frappés, réguliers et forts. Le bruit de moulin *est certainement produit par les mouvements du cœur.* Mais le tintement métallique en est indépendant, et *coïncide manifestement avec certaines inspirations.* En aucun point les bruits cardiaques ne sont masqués par les bruits surajoutés.

L'issue du liquide par la plaie ne se fait pas par saccades isochrones avec les mouvements du cœur. Ce liquide est devenu franchement purulent.

Douleur à la pression dans tous les espaces intercostaux gauches.

L'ensemble de ces signes si étranges nous conduit à admettre une *péricardite avec épanchement d'air et de liquide dans le péricarde.*

3 avril. — Amélioration, bien que le blessé soit toujours difficile à alimenter. Diminution du bruit de moulin qui paraît coïncider non seulement avec les battements cardiaques, mais aussi avec les mouvements respiratoires, et surtout avec l'inspiration. Diminution de l'écoulement.

On continue chaque jour à panser la petite plaie avec le protective et la gaze phéniquée.

4 avril. — Les bruits anormaux ont disparu. Les bruits du cœur sont très nets. Le pouls est régulier. La douleur le long de la portion cervicale du pneumogastrique, ainsi que la douleur au niveau du péricarde, n'existent plus.

Les *5* et *6 avril,* l'amélioration continue.

Les 7 et *8 avril,* quelques tintements métalliques reparaissent à l'auscultation.

9 avril. — Vers deux heures de l'après-midi, après avoir mangé, le malade est pris

tout à coup d'envie de vomir et d'une sensation de froid, sans frisson caractérisé. Cependant la nuit se passe assez tranquillement.

10 avril. — L'auscultation du cœur ne donne rien d'anormal; mais, en arrière de la poitrine et à gauche, nous trouvons une submatité qui remonte jusqu'à la moitié de la fosse sous-épineuse. Souffle à l'expiration. Pectoriloquie et voix de polichinelle. Respiration anxieuse et accélérée. Pouls petit et dépressible. Diminution considérable de l'écoulement purulent.

Pendant toute la journée, le petit malade a eu une sensation de froid et des nausées.

11 avril. — Anxiété. Agitation. Emplâtre de thapsia sur le côté gauche de la poitrine.

12 avril. — Dans toute la hauteur du poumon gauche, râles crépitants assez gros, souffle et œgophonie. A droite et en arrière, respiration soufflante à la base, avec quelques râles fins. Pas de toux. Quelques crachats visqueux sans coloration. Pouls accéléré, inégal, faible. Respiration anxieuse.

Il est évident qu'une pleuro-pneumonie bâtarde est venue compliquer l'état du malade, déjà si grave.

Vésicatoire à la base du poumon gauche. Eau-de-vie. Extrait de quinquina.

13 avril. — L'état général est très mauvais. Suppression de l'écoulement purulent. L'auscultation du cœur ne donne rien d'anormal.

14 avril. — La pleuro-pneumonie s'aggrave et s'étend jusqu'au niveau de l'aisselle à gauche.

15 avril. — Agitation. Délire loquace. Anxiété respiratoire. Crachats sanglants. Souffle tubaire dans le côté gauche. Dans le côté droit, les signes sthétoscopiques ont diminué. Œdème des parois thoraciques. Inégalité des pupilles.

Depuis le 10 avril, la température avait oscillé entre 37°5 et 36°.

16 avril. — Mort à trois heures de l'après-midi.

Autopsie. — L'orifice d'entrée de la balle est exactement située au niveau de l'angle qui forme l'appendice xyphoïde avec les cartilages des côtes gauches. Cet orifice conduit directement dans le péricarde.

En ouvrant la paroi thoracique, on voit que la plèvre gauche contient environ trois quarts de litre d'un liquide séreux. Pas d'épanchement à droite.

Pas d'adhérences entre le feuillet externe du péricarde et le tissu sous-sternal. Le péricarde est distendu par du liquide purulent.

Après avoir enlevé en masse tous les viscères de la poitrine, les parois thoraciques et la colonne vertébrale, au niveau du médiastin postérieur, sont examinées avec soin. On n'y trouve aucune trace de la balle.

La *plèvre médiastine gauche* est fortement vascularisée et adhérente au péricarde. La *plèvre diaphragmatique droite* est aussi très vascularisée, sans fausses membranes.

Tout le *poumon gauche* est congestionné. A sa partie inférieure et postérieure, il est noir, peu crépitant, avec des noyaux durs produits par de petits infarcti.

Le *poumon droit* est sain.

Point de lésion ni de foyer purulent dans les médiastins.

Le *péricarde* est très épais par suite du dépôt à la surface de ses deux feuillets, viscéral et pariétal, d'une couche de fausses membranes rugueuse et comme chagrinée. Le liquide purulent qui le distend ne contient plus de gaz. Un peu en arrière de son insertion au diaphragme, à la partie inférieure de son feuillet antérieur, on voit l'orifice d'entrée de la balle. Après bien des recherches, on finit par découvrir un autre orifice, vers la base du cœur, juste au niveau du point où le péricarde se réfléchit de l'oreillette gauche pour descendre sur la face postérieure du sternum. En introduisant une sonde par cet orifice, on lui fait suivre un trajet qui chemine à travers les veines et les artères pulmonaires, et qui aboutit contre la paroi de l'oreillette droite sans y pénétrer. Ce trajet se termine en cul-de-sac au voisinage du trou de Botal. Dans ce point, la paroi auriculaire semble plus consistante, plus blanche, comme s'il y avait là le vestige d'une cicatrice. En incisant le trajet, on est obligé de couper les veines et les artères pulmonaires, qui ne paraissent pas avoir été intéressées par la balle.

Le *cœur* est absolument sain. Ses parois ne présentent aucune cicatrice, sauf l'épaississement que nous venons de signaler vers le trou de Botal. Les valvules n'offrent aucune altération.

Tous les autres organes et, en particulier, les organes abdominaux sont sains.

Puisque la balle n'avait pas été découverte dans les parois de la poitrine, et que cependant on suivait son trajet jusqu'à l'oreillette droite, on devait vraisemblablement la trouver dans le parenchyme du cœur ou dans celui des poumons. Aussi avait-on conservé ces organes pour les examiner à loisir; puis on avait continué l'autopsie de l'ab-

domen et des autres parties du corps, avec l'idée que la balle ne s'y trouverait pas, et, il faut le dire, sans apporter toute l'attention nécessaire à la recherche d'un corps étranger aussi petit qu'une balle de 6 millimètres. En effet, on ne la rencontra pas, et le cadavre fut inhumé. Lorsqu'on constata, quelques jours après, que la balle n'existait pas non plus dans le tissu du cœur, ni dans les poumons qui avaient été incinérés, il était trop tard pour faire de nouvelles recherches du côté du ventre. Nous avons la certitude que la balle n'était pas dans la poitrine. Nous supposons qu'elle s'est logée dans la cavité abdominale; mais nous n'en avons pas la démonstration. L'ignorance dans laquelle nous sommes obligés de rester, constitue pour notre observation une lacune fâcheuse.

Réflexions. — D'après l'autopsie, il est évident que la balle, dirigée de bas en haut, a pénétré à la partie inférieure du péricarde, qu'elle a glissé sur la face antérieure du cœur sans le blesser, qu'elle est sortie du péricarde au voisinage de l'oreillette gauche, et qu'elle a cheminé entre les vaisseaux de la base du cœur jusqu'au voisinage de l'oreillette droite où l'on perd sa trace.

La blessure du péricarde ne s'est révélée pendant les huit premiers jours par aucun signe sthétoscopique. Le seul indice qui put mettre sur la voie, était la douleur rétro-sternale. Mais cette douleur se confondait avec l'endolorissement général de l'abdomen, de la poitrine et même du cou.

Six jours après sa blessure, le petit malade tombe tout à coup dans un état syncopal grave avec anxiété respiratoire, comme s'il venait de se produire une embolie pulmonaire. Ces phénomènes se dissipent au bout de quelques heures.

Bientôt la plaie épigastrique donne issue à une grande quantité de liquide séro-purulent, qui venait manifestement du péricarde. Et, en effet, nous découvrons pour la première fois, neuf jours après la blessure, un bruit analogue au *clapotement d'une roue de moulin* et un *tintement métallique*. Le premier bruit, isochrone avec les battements cardiaques, était évidemment produit par les mouvements des ventricules dans un espace contetenant à la fois du liquide et de l'air. Le second bruit, qui se faisait entendre d'une manière intermittente et irrégulière, était dû non moins sûrement à des bulles d'air qui, après avoir été aspirées par les inspirations du thorax, cheminaient de la plaie épigastrique jusque dans le péricarde, où elles venaient éclater à la surface du liquide épanché.

L'épanchement aérien du péricarde diminua pendant les jours suivants et même se résorba en totalité, puisqu'on n'entendit plus le bruit de moulin ni le tintement métallique, et puisqu'on ne trouva point d'air dans le péricarde au moment de l'autopsie.

Le petit malade semblait devoir guérir, lorsqu'il fut pris d'un malaise avec sensation de froid. Une pleuro-pneumonie bâtarde se déclara du côté gauche, et la mort arriva vingt-quatre jours après la blessure.

Est-il possible d'expliquer les phénomènes morbides qui se sont déroulés sous nos yeux? On ne peut répondre à cette question que par des hypothèses plus ou moins plausibles.

Je ne suis pas éloigné d'admettre que la balle a pénétré d'emblée dans l'oreillette droite, où elle s'est logée dans une anfractuosité et où elle a séjourné pendant quelques jours, sans manifester sa présence par aucun accident. Les faits dans lesquels on a trouvé des balles ou des corps étrangers dans les cavités du cœur, sans que l'on ait pu retrouver la cicatrice de la plaie pénétrante, rendent très bien compte de la pénétration d'une petite balle dans la cavité auriculaire, bien qu'on ne puisse voir le point précis où la paroi a été perforée. J'ai dit pourtant qu'une petite plaque laiteuse marquait, sur la paroi de l'oreillette, le point où l'on perdait le trajet du corps vulnérant.

Vers le sixième jour, la balle se serait déplacée tout à coup et aurait causé, dans les fonctions cardiaques, un trouble dont l'état syncopal, ob-

servé à cette époque n'a été que la manifestation. Pendant son déplacement, la balle, n'est pas tombée dans le ventricule droit où on l'aurait certainement retrouvée. Quel chemin a-t-elle donc suivi? Ne peut-elle pas avoir glissé dans la veine cave inférieure, où son propre poids l'a entraînée dans les régions inférieures de ce vaisseau. Malheureusement, le cadavre n'était plus à notre disposition, lorsque l'idée de la rechercher dans la veine cave nous est venue à l'esprit.

Enfin, dans l'hypothèse d'un séjour de la balle, soit dans l'oreillette droite, soit dans la veine cave, on s'explique très bien que ce corps étranger ait provoqué la formation de petits caillots, qui sont devenus des ambolies pulmonairés et qui ont déterminé, quelques jours plus tard, une pneumonie mortelle.

Quant au traitement, toute intervention active nous a paru contre-indiquée. Dans les premiers jours, nous nous sommes abstenu d'explorer le trajet pour ne pas provoquer une irritation de la plaie et une inflammation suppurative. Lorsque l'épanchement du péricarde se fut produit, une ponction était inutile, puisque le liquide épanché s'écoulait facilement par la plaie.

Dès le premier jour, tous nos effort sont tendu vers la réunion immédiate du trajet de la balle. Dans ce but, nous avons employé le pansement de Lister. Mais l'indocilité du malade, qui dérangeait sans cesse les pièces du pansement et qui ne voulait ou ne pouvait pas supporter le spray phéniqué, a fait échouer nos tentatives. La petite plaie cutanée s'est enflammée, et, de proche en proche, l'inflammation a gagné le péricarde où elle est devenue suppurative. La péricardite aurait certainement emporté le petit malade, si le dénouement n'avait été brusqué par la production des infarcti pulmonaires et de la pneumonie consécutive.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1884.

PARIS. — A défaut de mérite, il serait de convenance, de la part des administrations parisiennes, de ne pas se contredire dans les renseignements qu'elles donnent sur l'épidémie actuelle. En effet, les chiffres qu'elles font publier par les Bulletins officiels, ou proclamer à la tribune municipale par la bouche de leurs hauts fonctionnaires, sont en désaccord entre eux.

Ici, M. Poubelle déclare que, depuis son début jusqu'au 13 novembre, l'épidémie a fait 481 victimes. Là, c'est le *Bulletin de la statistique municipale* qui, pour cette même période, en mentionne 385. Enfin, voici un troisième chiffre obituaire de 464 décédés; il exprime le total de la mortalité quotidienne indiquée par la Préfecture de police. Qu'en conclure? Sinon que, bénigne avec M. Bertillon, un peu plus grave avec la Préfecture de police, et plus sérieuse encore avec la Préfecture de la Seine, l'épidémie cholérique possède des allures très différentes suivant les fonctionnaires qui en observent la marche; à moins que le choléra de l'Hôtel de Ville ne soit d'autre nature que celui de la Préfecture de police! En attendant, un peu moins de contradictions dans les actes, les statistiques et les déclarations officielles conviendrait tout autant, il me semble, que les déclarations de M. le préfet de la Seine au Conseil municipal, l'encens qu'il brûlait l'autre jour devant la divinité autonomiste et les éloges qu'il s'empressait de se décerner à lui-même dans la personne de son administration, alors qu'après trois mois de menaces épidémiques et douze jours d'épidémie déclarée, elle n'a pu encore ni assurer, ni organiser dans tous les arrondissements les services sanitaires les plus indispensables.

Heureusement que le choléra est de bonne composition! Il entre généreusement et opportunément en décroissance pour justifier l'optimisme préfectoral. En effet, tandis qu'à Paris il se confine dans ses foyers primitifs et s'atténue manifestement, dans la banlieue il s'étend, modestement d'ailleurs, au nord et au midi.

On a compté à Paris, tant en ville que dans les hôpitaux: le 14, 199 cas et 75 décès; le 15, 149 cas et 88 décès; et, le 16, 148 cas et 92 décès. Aux mêmes dates, on mentionnait 18, 14 et 13 cas dans les communes suburbaines de Puteaux, les Prés-Saint-Gervais, Clichy, Aubervilliers, Saint-Ouen, Vitry, Malakoff et Boulogne. Dans cette dernière localité, il existe un foyer, car, hier encore, on y comptait 6 cas nouveaux.

D'après des renseignements officieux, on évalue la morbidité cholérique de la population militaire à 90 cas depuis le début de la maladie. La mortalité n'aurait été que de 8 décès. — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 novembre 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

Sommaire : Rapport sur une observation de thyroïdectomie ; discussio — Communication : des accidents occasionnés par la filaire du sang ; de son rôle pathogénique dans l'*hydrocèle graisseuse.*

M. Richelot lit un rapport sur deux observations de *thyroïdectomie* présentées par M. Schwartz.

Dans la première, il s'agit d'un *Goître unilatéral polykystique du côté droit simulant une tumeur indépendante du corps thyroïde.* Femme de 49 ans; tumeur grosse comme le poing, ne suivant pas les mouvements du larynx. A mesure qu'elle augmentait de volume, elle semblait se déplacer de haut en bas. M. Schwartz porta le diagnostic de goître unilatéral, et pensa que la tumeur s'était développée dans une glande thyroïde accessoire; on pouvait admettre l'allongement progressif du pédicule et la migration de la tumeur de haut en bas, pour expliquer son indépendance des voies aériennes.

La tumeur fut énuclée facilement; elle tenait par deux pédicules vasculaires que formaient les vaisseaux thyroïdiens supérieurs et inférieurs; elle était formée, non par un lobule erratique de la thyroïde, comme on l'avait cru, mais par le lobe droit de la glande elle-même. L'absence totale de l'isthme du corps thyroïde (anomalie assez rare) avait permis au lobe hypertrophié de former une tumeur indépendante, à siège anormal et ne suivant pas les mouvements du tube trachéo-laryngien.

La seconde observation a pour titre : *Goître hypertrophique folliculaire bilatéral; troubles fonctionnels; thyroïdectomie totale, guérison.* M. Schwartz a opéré devant des symptômes menaçants du côté de la respiration. Les suites de la thyroïdectomie furent très simples, et la malade se leva le seizième jour.

M. Richelot insiste principalement sur deux points : l'*altération de la voix* et la *dyspnée post-opératoires.*

La malade eut la voix faible et éraillée après l'opération; plus tard fut constatée la paralysie d'une corde vocale. En même temps elle avait de l'oppression et éprouvait le besoin de faire des inspirations profondes. La dysphonie et la dyspnée guérirent parfaitement.

1° L'*altération de la voix,* après la thyroïdectomie, est fréquente; l'aphonie, même complète, est ordinairement curable et n'a pas pour cause nécessaire la section des récurrents. M. Richelot a présenté à la Société, en 1881, une observation où l'aphonie fut complète, et la voix reparut au bout de quatre mois. Krishaber avait cru, dans ce cas, à la double section des récurrents, parce qu'il avait constaté la paralysie des cordes vocales, mais c'était une erreur d'interprétation. M. Terrillon, dans le rapport qu'il fit à cette époque sur l'observation de M. Richelot, montra que le pronostic de l'aphonie est ordinairement bénin, et qu'elle se produit souvent en dehors de toute blessure des nerfs laryngés.

M. Julliard, de Genève, attribue l'altération de la voix aux irritations du nerf par les lavages, la dénudation ou les tiraillements; lui aussi l'a vue souvent guérir. On trouve encore des cas de raucités plus ou moins durables et d'aphonies temporaires dans un mémoire de MM. Jacques et Auguste Reverdin. Enfin, à l'aide d'un travail de M. Liebrecht, assistant à l'Université de Liège, qui contient les 322 opérations de goître publiées jusqu'en 1883, M. Richelot a noté tous les cas où le nerf récurrent paraît avoir été blessé; puis, ajoutant à ces faits deux observations de M. Julliard et une dernière qui lui est propre, il arrive à la conclusion suivante : neuf cas bien authentiques où la section des récurrents est certaine; quatre cas où elle peut être admise, mais non démontrée; une ligature certaine, une autre supposée; un pincement. Dans tous les autres cas d'aphonie partielle ou complète, ayant duré plus ou moins longtemps, la blessure des nerfs laryngés ne peut être mise en cause. En résumé, toutes les violences exercées sur le récurrent peuvent amener l'altération de la voix, contusion, tiraillement, névrite de voisinage, compression par le tissu de cicatrice, sans que le nerf ait été sectionné.

2° La *dyspnée par lésion du récurrent* n'a pas encore été mise en lumière, tant les causes de la gêne respiratoire sont complexes : déformation et ramollisssement de la trachée, médiastinite, complications pulmonaires, etc. En examinant les faits, on trouve que l'irritation du récurrent sans paralysie amène la dyspnée par le spasme laryngien et l'occlusion de la glotte. Mais, quand il y a section des nerfs et paralysie des cordes vocales, la gêne respiratoire est plus difficile à comprendre. D'après les expériences classiques de Legallois et de Longet, d'après les communications de Krishaber à la Société de biologie, la paralysie des muscles laryngiens laisse la glotte ouverte et amène l'aphonie sans troubles respiratoires ; s'il y a même temps interruption des nerfs et asphyxie, les phénomènes sont dus à l'irritation du bout supérieur. Or, sur les quatre cas de sections bilatérales que nous connaissons, il y en a deux dont l'analyse ne prouve rien, et dans les deux autres (Julliard et Richelot), où la dyspnée fut mortelle, on trouva le bout supérieur d'un des nerfs coupés saisi dans une ligature. Ainsi donc il n'est pas démontré que la section pure et simple et la paralysie soient jamais la cause d'une dyspnée intense et grave pour la vie ; mais des suffocations menaçantes ou mortelles ont suivi les irritations simples et les sections avec irritation du bout supérieur.

Conclusion : si l'opération a été faite avec prudence, n'ayez pas peur de l'aphonie ; neuf fois sur dix elle guérira. Mais à tout prix ménagez les récurrents ; leur blessure peut amener des accidents mortels.

Les dangers inhérents à la thyroïdectomie, en particulier ces troubles trophiques bizarres qu'on a décrits sous le nom de « crétinisme opératoire », et qui sont la suite éloignée des extirpations totales, doivent nous engager à n'entreprendre cette opération que sur des indications formelles. Sur 322 malades, on a fait 30 fois la thyroïdectomie pour des « motifs d'esthétique » ou sur le « désir du patient » ; chez 80 autres, on ne mentionne même pas les motifs de l'intervention ; c'est-à-dire que, dans un tiers des cas, l'opération semble mal justifiée !

Nous continuerons à faire la thyroïdectomie, totale s'il le faut, partielle si nous pouvons, sans abus comme sans frayeur exagérée. Nous l'avons acceptée avec mesure, traitée en hommes réfléchis, et, dans cette question comme ailleurs, la France n'a rien perdu à rester le pays de la critique et du bon sens.

Une discussion s'engage sur le rapport de M. Richelot.

M. Terrillon a opéré, il y a six semaines, une malade, âgée de 40 ans, portant une tumeur du corps thyroïde. Cette tumeur était devenue grosse comme le poing. Elle envoyait derrière le sternum un prolongement qui comprimait la trachée, celle-ci était déviée ; il y avait des accès de suffocation qui revenaient surtout la nuit. D'ailleurs, pas de gêne dans la déglutition, pas de souffrances. L'opération demanda beaucoup de temps et de peine. La tumeur fut énucléée en partie ; les pédicules furent liés petit à petit et exigèrent l'application de 40 ligatures et de 50 pinces à forcipressure. Pas d'adhérences à la trachée ; les nerfs laryngés ne se présentèrent pas dans le champ opératoire. Il n'y eut pas d'hémorrhagie ; pas le moindre accident du côté de la respiration ; la plaie est aujourd'hui cicatrisée, sauf sur un point où persiste une fistulette due probablement à la présence d'un fil de catgut non complètement résorbé.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un sarcome, ainsi que M. Terrillon l'avait pensé. A la suite de l'opération, bien que les nerfs récurrents n'eussent pas été touchés, il y eut raucité de la voix, qui n'a pas encore disparu, quoiqu'elle ait un peu diminué. La réunion immédiate s'est effectuée ; il n'y a pas eu de fièvre. La réussite est donc complète ; mais ce sur quoi M. Terrillon a voulu attirer l'attention, c'est l'altération de la voix survenue à la suite de l'opération sans lésion des nerfs récurrents.

M. Lucas-Championnière a pratiqué la thyroïdectomie sur une femme de 58 ans qui portait une tumeur volumineuse du côté droit du corps thyroïde. La malade ne pouvait abaisser la tête ; le sommeil était à chaque instant interrompu ; la malade ne pouvant gagner sa vie réclamait à tout prix l'opération. Elle fut pratiquée suivant le précepte de M. Reverdin qui insiste sur la nécessité d'inciser jusqu'au tissu de la glande avant de commencer la dissection. Aucun accident pendant la chloroformisation, si ce n'est quelques phénomènes de suffocation lorsqu'on tirait sur la tumeur, qui entraînait avec elle la trachée à laquelle elle était très adhérente. L'opération dura de quarante-cinq à cinquante minutes et nécessita de 25 à 30 ligatures. La malade guérit par première intention.

M. Le Dentu fait remarquer que souvent le diagnostic à porter sur la nature de la tumeur est très difficile. Il est un signe certain, selon lui, qui indique en général la présence du cancer, c'est lorsque la malade ressent des douleurs dans certaines régions

déterminées : mastoïdienne, temporale et fronto-orbitaire. Ces douleurs sont parfois extrêmement intenses. Chez une malade qu'il a eu l'occasion de voir, l'hiver dernier, à Alger, M. Le Dentu diagnostiqua d'après ce signe une tumeur cancéreuse de la glande thyroïde et l'événement lui a donné raison. Il a tenté de faire une thyroïdectomie; l'hémorrhagie qui s'est déclarée au commencement de l'opération l'a forcé à s'arrêter. Le malade est mort quelques jours après d'accidents septicémiques.

M. Terrier ne croit pas que l'on puisse établir une relation absolue entre les douleurs dont parle M. Le Dentu et la nature de la tumeur; il faut tenir compte également de la marche de cette tumeur pour asseoir le diagnostic. Dans un cas de tumeur analogue qu'il a opérée avec le concours de M. Richelot, le symptôme dominant était la suffocation et l'asphyxie de la malade; la résection d'une partie de la tumeur, après chloroformisation profonde, amena un soulagement immédiat. On a proposé des injections interstitielles d'une solution d'iodoforme dans l'éther, mais on a vu survenir à la suite des poussées inflammatoires plus ou moins violentes.

M. Berger est d'avis que le diagnostic des tumeurs de la glande thyroïdienne est difficile à faire. Rose, qui s'est beaucoup occupé de la question, a donné les indications suivantes :

S'il y a hypertrophie simple, les phénomènes prédominants se manifestent du côté des organes respiratoires; s'il y a cancer, il se produit des troubles surtout du côté de la déglutition. M. Berger conseille l'abstention dans les cas de tumeurs malignes. Il est peu partisan des injections interstitielles.

M. Richelot est de l'avis de M. Lucas-Championnière, relativement à la difficulté d'éviter la lésion des nerfs récurrents dans l'opération de la thyroïdectomie. Le seul précepte à suivre est de se tenir le plus près possible de la tumeur. Quant aux injections interstitielles, toutes ne sont pas dangereuses; ainsi les injections de teinture d'iode pure n'ont jamais provoqué sous sa main d'accidents graves. Il n'a jamais observé que des phénomènes inflammatoires légers. Mais il ne saurait en dire autant d'une foule d'autres solutions telles que le perchlorure de fer, le chlorure de zinc, la solution d'iodoforme dans l'éther, etc. Tous ces liquides exercent une action irritante plus ou moins violente, tandis que la teinture d'iodeprovoque un travail de résorption atrophique sans irritation. L'ergotine a aussi été employée; dans un cas, un de nos confrères a vu survenir une inflammation violente suivie d'un abcès qui s'est ouvert dans le larynx; le goître a disparu, mais le malade a couru de véritables dangers.

M. Terrier pense qu'il faut tenir compte, dans les injections faites avec la solution d'iodoforme dans l'éther, de la différence de température qui existe entre ce liquide et le corps thyroïde. L'ébullition de l'éther se produisant à basse température, il se dégage rapidement au contact des tissus des vapeurs qui peuvent amener des accidents plus ou moins sérieux.

M. Marc Sée déclare qu'il a fait des injections interstitielles d'iodoforme dissous dans l'éther sur d'autres parties du corps, sans jamais observer rien de semblable à ce que vient de dire M. Terrier.

M. le Président met ensuite aux voix les conclusions du rapport de M. Richelot :

1° Adresser à M. Schwartz une lettre de remerciements pour son intéressante communication; — 2° déposer honorablement son travail dans les archives. Ces conclusions sont adoptées.

M. Le Dentu fait une communication sur les accidents occasionnés par la *filaire du sang,* et sur le rôle pathogénique de ce parasite dans l'*hydrocèle graisseuse.*

M. Le Dentu rappelle, dans un court historique, outre les observations d'hydrocèles graisseuses publiées par divers auteurs et celle qu'il a communiquée lui-même à la Société de chirurgie, dans sa séance du 14 décembre 1881, les faits d'épanchements d'un liquide d'apparence graisseuse qui ont été observés non seulement dans la tunique vaginale, mais encore dans les plèvres et dans le péritoine.

Des recherches sérieuses ont établi, dans des cas assez nombreux, la nature parasitaire de cette affection; elle est liée à la présence dans l'organisme d'un ver nématoïde découvert, en 1866, par Wucherer, au Brésil, dans un cas de chylurie, et désigné plus tard, en 1872, sous le nom de *filaria sanguinis hominis*, par Lewis, de Calcutta, qui l'avait observé, à son tour, dès 1868, dans les mêmes circonstances. Ce dernier, poursuivant ses recherches avec une activité infatigable, trouve le parasite dans de nombreux cas de chylurie, de varices lymphatiques du scrotum.

Avec Manson, médecin des douanes chinoises, le cadre de l'affection parasitaire s'étend

singulièrement; il y fait entrer toutes les affections déjà mentionnées, l'éléphantiasis des Arabes, ainsi que l'hydrocèle chyleuse.

Bancroft, médecin australien, découvre la filaire adulte, non observée jusque-là (1877), dans un abcès lymphatique du bras et dans une hydrocèle du cordon spermatique; Lewis confirme cette nouvelle découverte dans un cas d'éléphantiasis variqueuse du scrotum; Aranjo da Salva Lima trouve des embryons de filaire et un individu adulte dans le liquide coagulé qui s'échappe de la peau des bourses chez un malade atteint en même temps d'une dermatose prurigineuse (craw-craw), de chylurie et d'un lympho-scrotum presque franchement éléphantiasique.

En 1881, Manson rencontre l'animal adulte dans une tumeur éléphantiasique du scrotum. Plus récemment, M. Pedro de Magalhaès a publié deux observations d'hydrocèle chyliforme ou chylocèle dans la *Gazette médicale* de Bahia; enfin, M. Monvenoux a réuni, dans une monographie de plus de 1100 pages, éditée à Lyon, tous les documents relatifs à la présence des matières grasses dans l'urine, et il a placé à la suite une nomenclature raisonnée des travaux qui ont paru jusqu'à ce jour sur les entozoaires de la chylurie et de l'hématochylurie.

On connaît aujourd'hui assez bien l'histoire naturelle et les mœurs de la filaire du sang. Ses dimensions à l'état d'embryon, forme sous laquelle on la voit ordinairement, sont de 125 μ sur 7 à 8 μ; à l'état adulte, elle mesure de 8 à 10 centimètres et se présente sous l'aspect d'un cheveu.

Un point bien curieux de l'histoire de la filaire, mis en lumière par Manson, c'est que, pour la trouver dans le sang, il faut l'y chercher seulement à partir de sept à huit heures du soir jusqu'à neuf ou dix heures du matin; d'où cet ingénieux observateur conclut que, dans la journée, le parasite se réfugie probablement dans le système lymphatique ou dans quelque organe, et qu'à partir de la chute du jour, il se répand dans le sang, qui paraît être l'élément dans lequel il se plaît le plus.

Manson eut l'idée que le moustique pouvait être un des terrains de la génération alternante de la filaire; son hypothèse fut entièrement confirmée par des recherches extrêmement curieuses de Bancroft, de Lewis, auxquelles il ajouta bientôt ses propres observations.

Il résulte de ces recherches et de ces observations qu'après avoir passé à l'état d'embryon du sang de l'homme dans le tube digestif du moustique, l'animal accomplirait dans ce dernier organe les diverses phases de son développement et rentrerait dans l'organisme humain par l'une des voies suivantes: ou bien il repasserait directement, par transfixion, du corps du moustique dans l'épaisseur de la peau humaine, ce qui est encore une pure hypothèse; ou bien, mis en liberté dans l'eau des marais et des rivières, à la surface desquels iraient mourir les moustiques, il s'attacherait aux jambes des individus qui traverseraient ces marais ou ces rivières et cheminerait à travers ces tissus jusqu'aux lymphatiques; ou bien encore les embryons répandus dans les eaux potables pénétreraient directement dans le tube digestif de l'homme, d'où ils gagneraient les points de l'organisme les plus propices à leur développement, le système lymphatique s'il faut en croire Manson et Lewis.

M. Le Dentu résume de la manière suivante les faits et les considérations sur lesquels repose son intéressant mémoire :

1° S'il est démontré que le parasitisme est la cause réelle d'un certain nombre d'épanchements chyliformes et de chyluries, sans préjudice des autres lésions, il paraît certain que la théorie parasitaire ne peut pas être appliquée à tous les cas.

2° A cette cause spéciale, il faut en ajouter d'autres dont les unes sont d'un ordre général (altérations particulières du sang), les autres purement locales (ruptures ou compressions sur un point quelconque du système lymphatique).

3° Les compressions s'exerçant sur le canal thoracique, ou sur les principaux troncs d'une région agissent comme l'obstruction partielle ou totale des ganglions et rendent vraisemblables, à défaut de la démonstration d'une rupture, la transsudation de la lymphe à travers les parois des vaisseaux, ou son accumulation dans les tissus et les cavités closes par défaut de résorption.

4° C'est par obstruction des ganglions, des troncs et des réseaux que la filaire déterminerait tous les désordres qui lui sont attribués.

Des essais de traitement général visant la filaire dans le sang ou dans les lymphatiques sont restés infructueux : acide salycilique, acide arsénieux, santonine, quinine, glycérine. Des injections de glycérine pure dans la tunique vaginale ont donné des résultats douteux. Sur le malade de M. Le Dentu, l'injection iodée au tiers a paru suffire pour déterminer une guérison complète; mais il serait intéressant de savoir si l'affection n'a pas récidivé, s'il ne s'est pas produit ailleurs un des accidents connus de cette infection parasitaire spéciale. — A. T.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 novembre 1884. — Présidence de M. Bucquoy

Sommaire : *Hématomes du sterno-mastoïdien chez les nouveau-nés. Présentation de malade. — Proposition d'enquête relative à l'étiologie et à la pathogénie de la tuberculose. — Discussion.*

A propos du procès-verbal, M. Legroux complète l'observation d'anévrysme axillaire consécutif à une oblitération de l'artère humérale gauche. La jeune malade a succombé depuis peu, après avoir présenté des accidents très variés. On a pu constater d'abord la diminution du pouls radial droit, puis des troubles cérébraux, délire nocturne, amnésie et aphasie passagères. Des manifestations dépendant de la moelle allongée, la respiration du type Cheyne-Stokes vinrent ensuite ; le cœur et la respiration furent entravés ; on nota de l'œdème, de la congestion pulmonaire et des syncopes multiples, dont l'une mit fin à la vie.

— M. Zuber obtient un congé, appelé qu'il a été pour diriger une ambulance au Tonkin.

— M. Duguet a écrit au président une lettre dans laquelle il déclare que, s'il avait pu assister à la séance dernière, il aurait voté contre l'internat *immoral* des femmes.

M. Blachez présente un enfant atteint d'une tumeur du cou. Il croit avoir été un des premiers à décrire en 1879 une variété de tumeurs du cou particulière aux nouveau-nés, tumeurs sur lesquelles M. Planteau, son interne, a fait une thèse où s'en trouvent relatés 7 à 8 cas. Neuf fois sur dix, il s'agit d'enfants qui, lors de l'accouchement de la mère, se sont présentés par le siège. Il arrive qu'en pareil cas quelques médecins ont la mauvaise habitude de ne pas laisser l'accouchement s'accomplir seul, ils se hâtent de dégager le siège ; alors, comme la tête reste longtemps au passage et que l'enfant bleuit, ils font des manœuvres de traction mal combinées et trop violentes, après avoir introduit dans la bouche le doigt recourbé en crochet. Il est probable que, par suite d'une traction intempestive, le muscle sterno-mastoïdien d'un côté se rompt à sa partie moyenne ; en tout cas, on constate chez l'enfant une tumeur assez molle d'abord, fluctuante ou tout au moins élastique, qui s'indure au bout de dix à quinze jours, prend alors l'aspect et la consistance d'une tumeur fibreuse et n'entre en résolution qu'après un temps fort long. M. Blachez n'a pas trouvé dans les traités d'accouchement d'observations où ces faits soient nettement relatés ; peut-être en existe-t-il quelques cas dans les journaux d'obstétrique anglais.

L'enfant qu'il présente est assez chétif, eczémateux ; il est le fruit d'une seconde grossesse. La présentation était le siège qui fut pris par la sage-femme pour une présentation de l'épaule, le médecin appelé rectifia le diagnostic, mais se livra peut-être à des tractions un peu trop hâtives. En tout cas, l'enfant vint en état d'asphyxie presque complète. M. Blachez, auquel il fut amené à la consultation quelque temps après, constata une tumeur du sterno-mastoïdien de la nature de celles qu'il vient de décrire.

Le traitement doit consister au début en frictions et en massage, qui hâtent la résorption de la tumeur, lorsqu'elle est encore molle ; mais au bout de trois semaines, celle-ci étant devenue dure, il en peut résulter des attitudes vicieuses pour lesquelles peut-être y aurait-il lieu quelquefois de solliciter l'intervention chirurgicale, sections tendineuses, etc.

M. Legroux considère également ces tumeurs comme le résultat d'une rupture musculaire ; il les a observées non seulement après l'accouchement par le siège, mais après certains accouchements par le forceps ; il est bizarre qu'elles ne se produisent que d'un seul côté. Ce sont des hématomes à résorption lente, ne déterminant pas de douleur, pas même de torticolis. Aussi n'y a-t-il pas lieu d'instituer un traitement chirurgical. M. Descroisilles est le premier auteur qui en ait parlé dans son *Traité des maladies de l'enfance.*

M. d'Heilly a vu, il y a quinze jours, un cas analogue à la consultation de l'hôpital Trousseau ; c'était chez un enfant de 2 ans, qui était venu par le siège.

M. C. Paul raconte, à propos des présentations du siège, un accident d'un autre genre qui lui est arrivé, il y a une vingtaine d'années, alors qu'il faisait encore des accouchements. En exerçant des tractions avec le doigt recourbé et passé dans l'aine, il produisit un décollement de l'épiphyse du fémur. La consolidation de l'os s'accomplit sans aucun inconvénient pour l'avenir de l'enfant, qui n'a jamais souffert depuis de cet

accident. M. Paul a tenu à citer ce fait afin de rassurer les confrères qui pourraient se trouver en pareille occurrence, et leur éviter les anxiétés que lui-même éprouva alors.

M. Landouzy lit une note dans laquelle il rappelle que les conclusions du rapport de M. Vallin relatif à l'étiologie et à la prophylaxie de la tuberculose, tout en étant fort importantes, puisqu'elles admettent que la contagiosité est possible dans un grand nombre de cas, sont insuffisantes en ce qu'elles n'établissent pas le quantum de cette possibilité. N'y aurait-il pas lieu, pour la Société médicale des hôpitaux, d'organiser et de diriger une grande enquête relative à l'étiologie et à la pathogénie de la tuberculose, à l'imitation de ce qui vient d'être fait avec tant de succès en Angleterre, en Italie et en Allemagne? Cette enquête s'exécuterait au moyen de l'envoi d'un questionnaire à tous les médecins de France, du Nord et du Midi, des villes et des campagnes, de la marine et de l'armée. Elle devrait porter surtout sur les points suivants : hérédité, contagiosité et superposition de la tuberculose et de la scrofule. Elle laisserait de côté toutes les questions doctrinales pour se tenir sur le terrain exclusif des faits, elle pourrait être accomplie par le Comité de phthisiologie dont M. Vallin a bien voulu être l'excellent rapporteur, et sous la présidence de M. Villemin, « celui qui depuis Laennec a le plus fait pour l'étude de la phthisie. »

M. Bucquoy rappelle que pareille proposition avait été faite antérieurement, et que la Société avait jusqu'ici paru conclure négativement; qu'elle ne s'était pas crue une autorité officielle suffisante pour mettre en branle le corps médical tout entier. La question avait d'ailleurs été vidée en quelque sorte par le rapport même de M. Vallin, qui avait donné satisfaction à la majorité des membres. Si, cependant, la Société croyait aujourd'hui devoir sortir de l'attitude un peu réservée qu'elle avait adoptée, elle n'aurait qu'à continuer sa confiance à la Commission de phthisiologie déjà élue et qui a donné tous les gages désirables de zèle et d'activité.

M. Vallin pense que, si la Société adopte la proposition de M. Landouzy, le délai fixé aux médecins qui seraient disposés à répondre au questionnaire devra être très court; trois mois suffiraient parfaitement pour utiliser et concentrer les faits acquis, l'expérience du passé; car il ne s'agit pas de recueillir des observations nouvelles. L'enquête anglaise, ouverte en octobre, a été terminée en mars; les résultats ont été dépouillés en deux mois, et en juillet le volume qui les contient était imprimé. La même célérité a présidé à l'enquête italienne, dirigée par M. Corradi, qui en a exposé les conclusions au Congrès de La Haye.

M. Gaillard-Lacombe n'est pas convaincu que les résultats de semblables enquêtes soient excellents. Il n'y a pas de question plus difficile à résoudre que celle de l'étiologie de la tuberculose, et on ne peut estimer à la même valeur toutes les observations qui sont consignées dans les enquêtes. Presque à son insu, chaque médecin dirige son interrogatoire des malades de manière à arriver à une conclusion conforme à son opinion préconçue.

M. Vallin répond qu'il ne s'agit pas d'enregistrer toutes les observations, quelles qu'elles soient, mais d'inciter seulement chaque praticien à rechercher dans ses souvenirs les quelques cas qui lui auront paru démonstratifs dans un sens ou dans l'autre. Il est permis de penser que, si on obtenait seulement cinq ou six cents cas bien nets, la solution du problème étiologique de la phthisie serait proche.

M. Lacombe insiste alors pour qu'un questionnaire très détaillé soit envoyé aux médecins, qui n'auront qu'à le remplir.

M. Landouzy : C'est au moyen d'un questionnaire que s'est faite l'enquête italienne; en outre, le concours de la presse devra être utilisé pour stimuler un peu l'opinion médicale.

M. Labbé n'a pas vu, depuis plus de vingt ans qu'il se préoccupe de la question, un seul cas sur 100 favorable à l'hérédité de la phthisie. Aussi croit-il pouvoir affirmer que l'hérédité ne joue qu'un rôle exceptionnel dans le développement de cette maladie. Ce qui a contribué à entretenir le préjugé de l'hérédité, c'est que les phthisiques engendrent des enfants chétifs qui se tuberculisent facilement plus tard. Comme exemple frappant de contagion, M. Labbé cite celui d'une famille de trois personnes qu'il a vue s'éteindre peu à peu. La mère avait une phthisie torpide qui a mis plusieurs années à évoluer. Le mari, qui l'avait soignée, est mort trois ans après elle, et la fille a été frappée à son tour.

M. BLACHEZ professe une opinion contraire en ce qui concerne l'hérédité. Quant à la contagion, il pourrait citer des faits nombreux qui semblent l'infirmer absolument. En tout cas, il faut se défier des renseignements fournis par les malades, relativement à l'existence de maladies réputées héréditaires chez leurs ascendants. Qu'il s'agisse de la tuberculose ou du cancer, les familles ont toujours une répugnance extrême à avouer que leurs parents en étaient atteints.

M. LABBÉ : M. Blachez a raison, et je n'ai pas tort. J'admets comme lui qu'il faut toujours se défier de ce que les malades vous disent; mais, moi, je n'accepte comme démonstratifs et je ne cite que des faits que j'ai vus et constatés moi-même.

M. LACOMBE demande si la Société ne discutera pas elle-même la rédaction des articles du questionnaire. Il voudrait, par exemple, qu'on obligeât les médecins à spécifier si la transmission s'est faite entre conjoints, parents plus éloignés, ou étrangers.

M. VALLIN lui donne l'assurance qu'il en sera ainsi.

M. FERRAND déclare qu'il est de ceux qui croient encore à l'hérédité et à la non-contagion; quand le moment sera venu, il citera les faits sur lesquels repose sa conviction.

M. BUCQUOY résume la discussion en disant que la proposition d'enquête faite par M. Landouzy est acceptée, et que l'exécution en est confiée à la commission permanente de phthisiologie déjà existante.

— La séance est levée à cinq heures dix minutes. — P. L. G.

COURRIER

NOMINATION. — Par arrêté ministériel, en date du 8 novembre 1884, M. le docteur Napias est nommé membre de la commission chargée d'examiner les questions relatives à la responsabilité des accidents dont les ouvriers sont victimes.

CONCOURS. — Les questions données pour la première épreuve orale (épreuve d'anatomie) du concours du prosectorat des hôpitaux sont : « Estomac, l'aisselle. »

— Les questions données pour l'épreuve orale aux volontaires d'un an, candidats du concours de l'internat en médecine des hôpitaux et hospices civils de Paris, sont: artère pulmonaire ; causes et signes de l'embolie pulmonaire.

— La première épreuve, — épreuve écrite, — du concours pour la nomination à une place de prosecteur des hôpitaux de Paris, a commencé le 3 novembre 1884, à quatre heures du soir. Le jury se compose de MM. Tillaux, Lucas-Championnière, Tarnier, Léon Lallié, Périer, Vidal et Ollivier. Les candidats, au nombre de sept, sont : MM. Hache, Walther, Chaput, Guinard, Métaxas, Ménard et Pousson.

ÉCOLE PRATIQUE DES HAUTES-ÉTUDES. — M. le docteur Tscherning est chargé des fonctions de directeur-adjoint du laboratoire de recherches consacré à la physiologie des organes de la vision à l'École pratique des Hautes-Études, en remplacement de M. le docteur Dubois.

LEGS. — Un legs de près de cinq millions de francs vient d'être fait par Erasmus Wilson au Collège royal des chirurgiens de Londres. Une partie de cette somme serait, dit-on, destinée à organiser un laboratoire de physiologie et de pathologie expérimentale.

MALADIES DES YEUX. — Le docteur Dehenne a commencé ses conférences de clinique ophthalmologique le lundi 10 novembre, rue Monsieur-le-Prince, 24, à une heure et demie, et les continuera *tous les jours* à la même heure.

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. —Le docteur Jules Simon recommencera ses conférences de thérapeutique le mercredi 19 novembre, à neuf heures, et les continuera les mercredis suivants à la même heure.
Consultation clinique le samedi.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs

Sommaire

BULLETIN

Voici un fait intéressant, qui vient s'ajouter à beaucoup d'autres pour nous montrer combien la face est une région dangereuse, et quelles surprises nous réserve à l'occasion le réseau vasculaire dont elle est sillonnée. On sait depuis longtemps les périls que fait naître, à cette place, l'affection la plus bénigne, un furoncle ou un anthrax de petit volume ; on connaît les phlébites faciales qui peuvent accompagner ces tumeurs et causer la mort par l'inflammation des sinus de la dure-mère ou la pyohémie; on se rappelle que Reverdin (*Arch. gén.*, août 1870) attribue la gravité des anthrax de la lèvre à la texture serrée de ses éléments musculaires, condition qui favoriserait la complication phlébitique. Mais ce qu'on ignore en général, c'est qu'une périostite alvéolo-dentaire peut entraîner des accidents de même ordre, c'est-à-dire une inflammation propagée aux veines faciales et aux sinus crâniens. Dans l'article Dent du *Dictionnaire encyclopédique* (p. 246), Magitot rappelle des observations de Guyon, Théophile Anger, Demons (de Bordeaux), où la mort eut lieu par ce mécanisme. Toujours la périostite siégeait au maxillaire inférieur.

M. le docteur Colombe (de Lisieux) nous signale un nouveau cas de cette complication redoutable ; et chose curieuse, il s'agit cette fois d'un *abcès sus-maxillaire*, lésion beaucoup moins grave, ayant peu de tendance à gagner les parties voisines, et finissant d'ordinaire par l'ouverture spontanée sans amener de grands désordres.

Le terrain n'était pas heureux : le malade est un enfant de dix ans, très lymphatique, dont le frère et la sœur seraient morts de méningite aiguë. Souvent il a eu des fluxions dentaires ; toutes les dents de la mâchoire supérieure sont usées transversalement, les couronnes diminuées de moitié. Le 7 août, le petit malade est couché depuis cinq ou six jours avec une douleur et une fièvre intenses ; toute la moitié gauche de la face est le siège d'un gonflement dur, œdémateux, sans fluctuation, qui s'étend à la région sus-hyoïdienne. La gencive est tuméfiée, la bouche s'ouvre à peine, l'enfant parle difficilement. T. 39°2.

Du 7 au 12, la tuméfaction augmente ; le doigt, introduit à grand'peine trouve un abcès de la voûte palatine, l'ouvre et fait sortir une petite quantité de pus. Le 14, l'œdème a diminué, le malade consent à prendre chaque jour du bouillon et du lait. Récidive et seconde ouverture de l'abcès le 16 août. L'œdème gagne la paupière du côté droit. Il n'y a pas d'exophthalmie. A gauche, les veines de la joue sont nettement dessinées ; il en est une qui donne au doigt la sensation d'un cordon dur et qui se dirige vers le sillon naso-génien pour aboutir à la racine du nez. Incontinence d'urine, évacuation involontaire des matières fécales, ventre ballonné.

M. Colombe prescrit le sulfate de quinine et une potion à l'extrait de quinquina.

Le 18 surviennent deux frissons de quelques minutes et de trois quarts d'heure. T. 39°, délire pendant la nuit. Le 19, l'œdème a presque entièrement disparu, mais l'enfant est dans le coma ; la mort arrive dans la journée.

Il faut regretter que l'autopsie n'ait pu être faite. Cependant, le diagnostic de notre confrère nous paraît à l'abri de tout reproche : « Périostite alvéo

laire suppurée, inflammation consécutive des veines faciales et phlébite des sinus de la dure-mère. » Peut-être une intervention rapide, si M. Colombe eût été appelé dans les cinq ou six premiers jours, eût-elle empêché l'évolution fatale ; on ne saurait trop se méfier, en pareil cas, d'un œdème aux allures progressives, ni trop vite intervenir par le débridement des tissus et l'usage des antiseptiques. — L.-G. G.

De la nature et du traitement de l'ozène

(Communiqué au troisième Congrès otologique international. — Bâle, septembre 1884)

Par le docteur Lœwenberg.

Malgré les travaux récents sur l'ozène, cette maladie reste énigmatique, et les résultats de son traitement demeurent peu satisfaisants. Pour ces raisons, j'ai essayé d'approfondir la nature de l'affection, espérant parvenir ainsi à poser des jalons, afin de pouvoir combattre d'une manière efficace un mal aussi désolant pour le malade que pour son entourage; les lignes suivantes contiendront un exposé des résultats obtenus par mes recherches.

Parmi les ressources nouvelles de notre science, deux méthodes surtout m'ont paru capables de dissiper l'obscurité qui plane encore sur cette maladie ; ce sont :

1° *La rhinoscopie antérieure et postérieure;*

2° *Les recherches parasitologiques.*

L'exploration rhinoscopique des fosses nasales sur le vivant a déjà donné des résultats importants en nous démontrant que l'*ozène vrai* (ou ozène simple) *est caractérisé*, — en dehors du fœtor et d'une perte plus ou moins grande de l'odorat, *par des lésions anatomiques particulières et nettement définies.* C'est un amincissement extrême de la pituitaire avec atrophie des cornets, surtout du cornet inférieur, et un élargissement considérable des fosses nasales. L'agrandissement de ces cavités est tel qu'en regardant dans le nez, on voit chez l'ozéneux une étendue considérable de la face postérieure du pharynx nasal, et « lorsqu'on fait exécuter au malade un mouvement de déglutition, on observe alors le phénomène particulier de la contraction pharyngienne (1). » De plus, par suite du rapetissement du cornet inférieur, on aperçoit même le pavillon de la trompe d'Eustache, qu'on ne voit pas d'ordinaire par le nez.

L'ozène ne s'accompagne pas d'ulcérations, comme on le croyait autrefois. Par contre, la muqueuse atrophiée est constamment recouverte de croûtes solides et extrêmement adhérentes qui répandent le fœtor caractéristique. D'après M. Zanfal (de Prague), auquel nous devons une grande partie de ce que nous savons sur l'ozène, l'élargissement des fosses nasales causerait un ralentissement du courant d'air expiratoire qui, dès lors, serait impuissant à chasser les matières sécrétées. Celles-ci resteraient stagnantes, se dessécheraient et formeraient les croûtes en question.

En dehors des résultats importants que je viens d'énumérer, et qui ont été confirmés par plusieurs autopsies, il me semble qu'il n'y a, pour le moment du moins, rien de plus à attendre des investigations rhinoscopiques et je n'y reviendrai pas dans ce mémoire, qui traitera, par contre, spécialement de l'examen microscopique des produits de la pituitaire, point auquel j'apporte une attention toute spéciale.

Lorsqu'il s'agit d'une affection dont le caractère saillant est une fétidité *sui generis*, indice d'une décomposition particulière, notre principal objectif

---

(1) B. Lœwenberg. *Les déviations de la cloison nasale.* (*Progrès méd.*, 1883, p. 338.)

est naturellement l'étude des conditions spéciales dans lesquelles a lieu ce processus chimique, et surtout la recherche des micro-organismes qui le déterminent. Il ne saurait en être autrement, car l'état actuel de nos connaissances ne nous permet pas seulement, mais nous enjoint même de rechercher les microbes dont la pullulation s'accompagne de l'élaboration du produit odorant.

La décomposition dans l'ozène donnant lieu à une odeur toute particulière, il me semblait vraisemblable, *a priori*, que nous ne devrions pas y trouver la foule des bactériens vulgaires de la putréfaction ordinaire, mais un microbe spécial. Il n'était pas non plus probable que nous rencontrerions un champignon; car, outre que les mucédinées ne provoquent pas de décomposition accompagnée d'émanations putrides, j'ai trouvé la réaction du mucus alcaline chez 15 malades sur 16 que j'ai eu occasion d'examiner et de soigner depuis que j'étudie l'ozène de ce point de vue spécial; or, les champignons aiment les milieux acides.

Les premières recherches microscopiques m'ont donné des résultats conformes à mes vues anticipées, résultats que les études subséquentes ont confirmés d'une façon tout à fait probante. Comme je l'ai déjà fait entrevoir au Congrès de Londres (discussion sur l'ozène), j'ai constamment trouvé dans le mucus nasal des punais un microbe spécial, unique et caractéristique. C'est un très gros coccus associé toujours, pour ainsi dire, en doubles, et ceux-ci groupés en chaînes ou bien en amas. Ce microbe était toujours immobile, excepté dans un seul cas où il présentait un mouvement vif et ondulant.

Ces micrococcus sont généralement allongés, mais à différents degrés; ils sont tantôt plutôt sphéroïdes, tantôt plutôt ellipsoïdes. Quelquefois leur section optique est presque rectangulaire, comme s'ils étaient cylindriques au lieu d'être amincis et arrondis aux deux extrémités. En les examinant avec les plus forts grossissements, par exemple l'immersion homogène 1/18 de Hartnack, après les avoir colorés, surtout au violet de gentiane, j'ai quelquefois reconnu vers leur milieu une zone transversale plus claire, d'une couleur blanchâtre. Je ne saurais dire s'il y a là formation de spores ou, ce qui me paraît plus vraisemblable, commencement de division. Toujours est-il que j'ai vu cette bande claire là où aucun étranglement ne faisait encore pressentir une future scission.

Si ce microbe ressemble comme forme aux autres coccus, il en diffère, par contre, par sa grande taille. Son diamètre longitudinal est, d'après mes mensurations, de 1,1 μ à 1,65 μ; rarement j'ai vu des exemplaires plus petits (mésococcus de Billroth). Il est, par conséquent, plus gros que le mégacoccus de Weigert, qui ne mesurait que 1,2 μ et dont cet auteur admirait déjà la grande taille (1). Le microbe de l'ozène est si grand, qu'on l'aperçoit déjà comme un point sous un grossissement de 90 (Hartnack, oc. 3, obj. 4). Les coccus que j'ai découverts dans les otorrhées sont, au contraire, beaucoup moins volumineux.

Comme je l'ai indiqué plus haut, le microbe de l'ozène se trouve pour ainsi dire toujours en *diplococcus*, et ceux-ci souvent accouplés en chaînes dans le sens de leurs grands axes, plus rarement en amas (contrairement au gono-coccus qui, d'après M. Neisser (2), ne se met jamais en chaînes, mais toujours en amas). Ces chaînes sont réunies par une masse hyaline. Dans un seul cas, j'ai trouvé les coccus associés par-ci par-là, sous forme de zooglœa.

Je considère le fait que ce microbe se trouve presque toujours en diplococcus, comme l'indice d'une pullulation active. M. Neisser, l'ayant observé

(1) *Virchow's Archiv.*, vol. LXXXIV, p. 312.
(2) *Deutsche med. Wochenschrift*, 1882, n° 20.

également chez son gono-coccus, l'interprète, au contraire, comme le signe d'une adhérence extraordinaire des deux nouveaux individus entre eux.

Quant à la méthode d'examen, il n'est pas besoin de préparation spéciale pour trouver ce microbe ; le premier coup d'œil jeté sur une parcelle de mucus ozénique le montre généralement en quantités innombrables. Je recommande cependant de choisir des couches minces, et surtout de prendre les filaments muqueux que j'ai toujours vus tendus entre le septum et les cornets. Je conserve des préparations où ces filaments, simplement étalés sur le porte-objet et colorés avec une couleur d'aniline, ne montrent pas autre chose qu'une multitude infinie de diplococcus, exactement pareille à une culture pure du microbe caractéristique. Il faut rejeter les croûtes desséchées ; outre que leur opacité s'oppose à l'examen microscopique, les coccus y sont plus clairsemés que dans les pièces minces où l'air trouve un accès facile. Les masses purulentes épaisses sont également pauvres en coccus.

Les couleurs d'aniline donnent des images magnifiques, surtout la fuchsine et le violet de gentiane. Mon coccus se colore avec toutes les couleurs d'aniline que j'ai eu occasion d'essayer, entre autres avec le vert de méthyle qui, d'après M. Neisser, ne teindrait pas le gono-coccus. Les colorations doubles, avec une couleur d'aniline d'abord et du carmin ensuite, peuvent être utilisées pour étudier la pénétration des coccus dans l'intérieur des éléments cellulaires ou pour examiner des fragments épais.

Dans un seul cas (petite fille chétive de 8 ans), j'ai vu, outre ce coccus caractéristique, de très nombreux bacilles ; j'ai constaté la même chose dans des examens fréquemment répétés chez la même enfant. J'ajoute que, dans ce seul cas, le mucus nasal était neutre, tandis que dans tous les autres il bleuissait le papier rouge de tournesol. Quant aux autres symptômes et aux résultats thérapeutiques, ce cas ressemblait à tous ceux que j'ai observés.

Chez quelques autres punais, enfin, j'ai vu, par-ci, par-là, des bacilles courbés en faucille ou coudés, formes difficiles à interpréter et à classer, et qu'il sera nécessaire de soumettre à des recherches ultérieures.

Etant donné le rôle que la *scrofule* est censée jouer dans la genèse de l'ozène, je ne crois pas inutile de mentionner qu'aucun des micro-organismes que j'ai trouvés dans le cours de mes recherches sur l'ozène, ne présentait les colorations propres au microbe de la tuberculose.

Le coccus ressemble à celui de la *pneumonie infectieuse* et n'en diffère que par ses dimensions plus considérables. Il présente également des analogies morphologiques avec celui des macérations de viande (1).

D'après mes recherches bibliographiques, la première mention de microbes observés dans l'ozène est due à *M. B. Fraenkel*, qui, dès 1878, a dit (2) que le mucus sécrété dans cette affection consiste, pour la plus grande partie, en corpuscules de pus fortement parsemés (*durchsetzt*) de micrococcus. Depuis, d'autres observateurs y ont constaté soit des coccus, soit des bactéries, soit les deux ensemble, mais tous sans les étudier en détail, ni les considérer comme caractéristiques de l'ozène.

Le seul auteur qui se soit livré à des recherches étendues sur ce point est M. *E. Fraenkel* (3) ; mais les résultats de ses investigations diffèrent absolument des miens. Tandis que je n'ai trouvé (à part les rares exceptions indiquées ci-dessus) que les gros coccus que je considère comme caractéristiques de l'ozène, mon confrère a rencontré régulièrement :

1° De petits coccus ;
2° De gros coccus relativement rares ;
3° Des bacilles minces ;

(1) V. Billroth, *Coccobacteria*, etc., p. 7, fig. 28.
(2) *Berliner med. Gesellschaft*, 18 décembre 1878.
(3) *Virchow's Archiv.*, vol LXXXIX, pp. 499 et suiv.

4° De gros bâtonnets ;

Et parmi ces quatre groupes, *il a surtout vu* le premier et le quatrième, à savoir : *les petits coccus et les gros bâtonnets.*

Comment expliquer les résultats si divergents de nos recherches ? Tout simplement, selon moi, par la différence de mon procédé d'examen avec celui de M. Fraenkel. Chose étonnante, le savant médecin de Hambourg, auquel nous devons d'ailleurs des recherches si intéressantes sur l'ozène (1), a dirigé ses investigations, non pas sur les masses sécrétées naturellement dans cette maladie, mais exclusivement sur le contenu des tampons de ouate ayant été placés dans les fosses nasales d'après le procédé thérapeutique de M. Gottstein qui conseille de soigner la punaisie exclusivement par l'introduction de bouchons de coton dans le nez.

Or, il saute aux yeux que mon confrère n'a pas eu affaire aux simples produits du travail pathologique de l'ozène, mais à une sorte de culture artificielle portant sur tous les microbes ou spores présents dans le nez, culture faite, de plus, non pas avec le liquide naturel de la sécrétion ozénique, mais avec le transsudat dû à l'irritation de la pituitaire par le tampon, irritation admise par MM. Gottstein, Fraenkel et autres savants. Il faut tenir compte, en outre, de ce que le séjour d'un tampon dans une fosse nasale modifie profondément les conditions de développement des microbes en empêchant d'une part l'accès de l'air, et, d'autre part, l'évaporation de l'eau qui entre, pour une si grande part, dans la composition du mucus.

A mon idée, les fosses nasales forment un appareil analogue à *l'aéroscope*, destiné, comme on sait, à recueillir les germes flottants dans l'atmosphère, en faisant passer l'air sur des surfaces gluantes qui retiennent et fixent les microbes et leurs germes. Chaque inspiration exerce un appel puissant sur ces êtres si ténus et si légers ; en glissant le long des multiples anfractuosités nasales, ils sont retenus par le mucus, surtout par le produit visqueux de la sécrétion ozénique. D'après cela, il est clair que dans cette affection le nez contient, outre le microbe pathognomonique, forcément tous les germes de l'air ambiant. Ceux d'entre eux qui trouvent un milieu de culture favorable dans le transsudat produit par le travail irritatif et qui imbibe le tampon, et dans les conditions d'aération et d'évaporation entravées que je viens de mentionner, s'y développent et pullulent seuls. N'oublions pas non plus que les tampons peuvent renfermer eux-mêmes, dès avant leur introduction, des germes atmosphériques et que, finalement, tant que le liquide sécrété n'a pas mouillé entièrement le coton employé, l'air inspiré peut encore y déposer divers micro-organismes.

Ce que M. Fraenkel a étudié n'est donc, en somme, que le produit d'une sorte de culture aéroscopique, instituée dans des conditions particulières et dans un transsudat qu'un travail irritatif a produit dans un nez ozénique. La différence entre cette « culture » et la pullulation naturelle du coccus de l'ozène dans les fosses nasales du malade devient plus frappante encore si nous envisageons certaines particularités résultant des recherches de M. Fraenkel. Après un séjour de deux heures dans le nez, le tampon renfermait encore un liquide neutre. Celui-ci ne se montrait alcalin qu'au bout de quatre heures. Mes recherches, qui m'ont d'ailleurs donné des résultats un peu différents, en ce sens qu'après quatre heures j'ai encore trouvé un liquide neutre, m'ont démontré, par contre, que le mucus nasal naturel est franchement alcalin dans l'ozène, comme je l'ai constaté 15 fois sur 16 cas (voy. plus haut). C'est là une différence capitale, vu l'importance de la réaction du milieu pour la vitalité des microbes. Il en est de même de la consistance du liquide, qui est aqueux dans les tampons, tandis que le mucus

(1) *E. Fraenkel in Virchow's Archiv.* vol. LXXV, LXXXVII et XC.

de l'ozène est d'une viscosité pathognomonique et se dessèche facilement pour former les croûtes qui caractérisent cette affection. Si nous nous rappelons, finalement, que l'air circule librement à la surface du mucus, mais ne saurait pénétrer dans un tampon imbibé de liquide, différence également capitale pour le développement des microbes, il résulte clairement de la différence des conditions dans lesquelles nous nous sommes placés, M. Fraenkel et moi, que cet auteur n'a pas eu devant lui le produit réel et naturel du travail ozénique, mais une sorte de culture instituée dans des circonstances particulières et artificiellement compliquées, tandis que mes recherches ont simplement porté sur le mucus tel qu'il est produit par la muqueuse de l'ozéneux.

La divergence des résultats d'une culture d'une part et du produit de la maladie même d'autre part saute aux yeux quand on essaie de multiplier le microbe caractéristique de l'ozène en semant dans des *liquides de cutlure* le mucus formé dans cette maladie. J'ai ensemencé, par exemple, en prenant les précautions nécessaires, plusieurs ballons contenant les uns du bouillon de veau, les autres de l'extrait de Liebig, étendu d'eau, avec des mucosités ozéniques où, même sous de très forts grossissements, les gros coccus étaient, en apparence, les seuls microbes présents. Les ballons et les liquides avaient été stérilisés dans un laboratoire spécialement destiné aux recherches bactériologiques. Contrairement à mon attente, le résultat a toujours été, non pas la multiplication exclusive du gros coccus, mais l'apparition prédominante d'une foule d'autres microbes, ressemblant un peu à ceux trouvés par M. Fraenkel, et où les petits micrococcus surtout étaient abondants et agiles. Plus tard, des moisissures ont surnagé dans quelques-unes des cultures à l'extrait Liebig. Des essais de culture sur des tranches de pommes de terre stérilisées n'ont pas été plus heureux.

Aucune de ces tentatives pour cultiver le coccus spécial n'ayant réussi, j'expérimente en ce moment les matériaux de culture employés par M. Koch, la gélatine peptonisée et l'agar-agar, à l'aide desquels, surtout du dernier, j'ai, en effet, réussi à obtenir des cultures pures, ne contenant que le gros coccus, en y semant des fragments des filaments muqueux qui se composaient presque de coccus (voy. plus haut). J'essaie actuellement d'*inoculer* le produit de ces cultures à des animaux dans le but de leur communiquer l'ozène. Les expériences de ce genre que M. Fraenkel a tentées, quelque intéressantes qu'elles soient, ont été faites avec le liquide des tampons, par conséquent, d'après ce que je viens d'exposer, avec le produit d'une culture particulière multipliant une foule de micro-organismes, de préférence au microbe qui est pour moi l'organisme caractéristique de l'ozène.

Dans le liquide renfermé par les tampons et dans des cultures artificielles, dans celles par exemple faites aux bouillons, il s'opère, je pense, une sorte de sélection que j'explique ainsi : le nez recueille, comme je l'ai exposé plus haut, tous les germes présents dans l'atmosphère. Dans les conditions particulières de l'ozène, celui du microbe spécial seul se développe ; dans les cultures artificielles, au contraire, il existe d'autres conditions de nutrition, d'aération, etc. Conformément à celles-ci, d'autres germes, étouffés dans le nez par le coccus en question, se développent à l'exclusion de celui-ci. Quelque chose d'analogue a lieu également dans le liquide du tampon, et je puis dire à ce propos que j'ai constaté moi-même dans le mucus nasal, après l'emploi d'un tampon, outre le coccus de l'ozène, la présence de petits bacilles immobiles que je n'avais pas trouvés avant cette application.

Outre le liquide extrait des tampons, M. Fraenkel a encore examiné directement le mucus nasal ozénique, mais autant qu'il résulte de ses publications (*loc. cit.*), seulement sur le cadavre, par conséquent dans des conditions tout à fait mauvaises quant à la recherche des micro-organismes. Tan-

dis que, *in vivo*, leur développement est constamment influencé et modifié par le mucus sécrété d'une façon continuelle, la décomposition *post mortem* ne peut donner que les résultats de la simple putréfaction.

LE PHARYNX

Chez tous mes ozéneux j'ai vu le pharynx nasal et buccal, couvert de bosses alternant avec des sillons. L'examen microcospique du mucus de cette région m'a donné des résultats différents de ceux obtenus sur la pituitaire, en ce sens que les coccus présents étaient beaucoup plus rares et mélangés à une grande variété d'autres objets, surtout de cellules épithéliales. J'y ai trouvé aussi, dans un cas, des éléments très singulièrement conformés qu'il faudra étudier ultérieurement. (*A suivre.*)

BIBLIOTHÈQUE

DU CANCER PRÉCOCE DE L'ESTOMAC, par le docteur Marc MATHIEU. Paris, J.-B. Baillière, 1884.

Le temps n'est plus où l'on admettait que le cancer est presque exclusivement le triste apanage de la seconde moitié de la vie, et l'âge est encore un élément de diagnostic enlevé au clinicien qui se trouve déjà si souvent exposé à l'erreur en ce qui concerne les affections de l'estomac. M. Mathieu s'est proposé de rechercher si le carcinome précoce, dans la jeunesse et au-dessous de 30 ans, avait sa physionomie particulière. Celle-ci consisterait surtout en des anomalies notables de fréquence et d'intensité des principaux signes. L'auteur a relevé la conservation de l'appétit jusqu'à une période assez avancée de la maladie, le peu d'intensité de la douleur et sa tardive apparition, la rareté extraordinaire des hématémèses, ainsi que le petit nombre de cas où il est possible de sentir la tumeur. Par contre l'ascite s'est présentée assez fréquemment et à des époques fort rapprochées du début. M. Mathieu note aussi l'apyrexie, la rareté et le peu d'intensité des phénomènes cachectiques, enfin et surtout la marche singulièrement rapide de l'affection, aboutissant le plus souvent à une terminaison brusque et imprévue.

Le cancer précoce est le plus ordinairement méconnu ; les erreurs de diagnostic auxquelles il donne lieu, peuvent être rangées en deux groupes, correspondant aux formes cliniques que revêt habituellement la maladie dans les cas anormaux.

Dans un premier groupe de faits, les accidents font croire à des affections totalement étrangères au tube digestif : surtout à la cirrhose alcoolique, à la péritonite tuberculeuse, quelquefois à la tuberculose pleuro-péritonéale, à l'anévrysme de l'aorte même.

Dans un deuxième groupe de cas, les accidents sont prédominants du côté du tube digestif, mais font penser à d'autres affections qu'au cancer de l'estomac, telles que obstruction intestinale, vomissements incoercibles de la grossesse, ulcère rond ou même tænia.

Il existe sans doute des cas où le cancer de l'estomac se révèle chez un sujet jeune avec tous ses caractères classiques ; mais c'est l'exception, et sur trois cancers de l'estomac chez un homme jeune, il n'y en a guère qu'un qui soit habituellement reconnu.

Cependant le cancer précoce n'est pas le cancer latent. Jamais on ne verra, comme il arrive chez les vieillards, un cancéreux encore jeune s'affaiblir lentement et paisiblement, sans qu'aucun phénomène saillant ne témoigne au moins de l'altération de sa santé. Dans ce diagnostic différentiel si obscur des affections chroniques de l'estomac, bien des moyens d'exploration ont été tour à tour préconisés depuis quelques années : le lavage de l'estomac qui permettrait, soit de retrouver, dans le liquide aspiré par le siphon, des particules cancéreuses (O. Rosenbach), soit de rendre la tumeur plus accessible par l'évacuation du contenu stomacal, — l'électro-gastroscope, sorte d'endoscope imaginé par Mikulicz pour porter la lumière dans la cavité gastrique, — la méthode de Leube, qui prétend déterminer la capacité digestive d'après le temps que met l'organe à digérer telles et telles substances alimentaires, — celle de Rommelaere, qui affirme que tout dyspeptique excrétant moins de 5 grammes d'urée dans les vingt-quatre heures est atteint de carcinome, — et cette autre encore, toute récente, qui établit son diagnostic sur la disparition totale de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique.

Malgré tous ces procédés de recherche, plus théoriques que pratiques, qui obligeraient

le médecin à se faire suivre constamment de tout l'arsenal d'un laboratoire, le diagnostic du cancer de l'estomac reste parfois presque impossible. Aussi faut-il savoir gré à M. Marc Mathieu d'avoir contribué par son consciencieux travail à jeter quelque lumière sur un point de cette obscure question. — P. L. G.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1884.

PARIS. — Le choléra ne tient guère compte des bulletins officiels contradictoires que publient les deux préfectures; bulletins désormais fameux dans la chronique de l'épidémie actuelle et qui donneront à nos descendants une médiocre idée des statistiques officielles. Au reste, ce choléra s'obstine à diminuer, et je compte bien sur sa disparition avant l'heure où les bureaux trouveront un moyen d'unification des chiffres de morbidité et de mortalité. L'autre jour, c'était un malade atteint de coliques de plomb qu'on mettait parmi les cholériques; hier, c'était un de nos confrères qu'on déclarait contaminé et dont on annonçait la mort, sans doute parce qu'il soigne des cholériques! J'en pourrais citer d'autres; mais je m'arrête, car la cholérisation des Parisiens malgré eux mériterait un plus long article. Après cela, on peut juger de la valeur de certains documents officiels!

Depuis deux jours, on a compté dans l'enceinte des fortifications 163 cas : 79 le 17 novembre et 84 le 18, et 88 décès : 39 le 17 et 49 le 18, parmi la population civile, et 10 cas parmi les troupes de la garnison. L'épidémie est donc aussi bénigne que stationnaire.

Dans la banlieue : Boulogne et Saint-Ouen fournissent le plus fort contingent de cas. Au total, dans le département, ceux-ci auraient été de 29 depuis deux jours dans les communes précédemment atteintes. — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 novembre 1884. — Présidence de M. Alph. GUÉRIN.

M. Léon LABBÉ présente, au nom de M. le docteur Chéron, un galvano-cautère marchant à l'aide d'un accumulateur.

M. LE PRÉSIDENT a le regret d'annoncer à l'Académie la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. le docteur Saucerotte, l'un de ses membres correspondants.

M. le Président annonce en outre qu'il y aura, dans la prochaine séance, un scrutin pour l'élection d'un vice-président, en remplacement de M. Fauvel, décédé.

Il propose enfin de déclarer une vacance dans la section de physique et de chimie.

M. LABOULBÈNE présente :

1° De la part de M. le docteur Homo un « Rapport sur les épidémies qui ont sévi dans « l'arrondissement de Château-Gontier (Mayenne), suivi d'une étude sur le mouvement « de la population pendant l'année 1883 ».

2° De la part de M. le docteur Charles Fournel une thèse passée sous sa présidence et portant pour titre : « Histoire de l'Hôpital Beaujon, depuis son origine jusqu'à nos « jours ».

Il est donné lecture d'une lettre de M. Panum (de Copenhague) par laquelle le roi de Danemark remercie les médecins français de l'adresse votée dans la séance de l'Académie du 28 octobre. Ce témoignage de sympathie de la France, au sujet de la calamité qui a frappé le peuple danois par la destruction de Christianborg, a été lu au roi et communiqué à tout le pays par les journaux.

M. BERGERON, d'après le désir témoigné dans son testament par M. Fauvel, qui voulut qu'aucun discours ne fût prononcé sur sa tombe, mais confia à ses amis MM. Roger, Gueneau de Mussy et Bergeron le soin de lui rendre justice, rappelle à l'Académie les travaux et les services rendus par son ancien vice-président. Professeur de pathologie à Constantinople en 1847, époque à laquelle le choléra sévissait avec violence, il énonça déjà les idées qui devaient plus tard servir de base à tous ses travaux. Malgré les opinions qui avaient cours alors sur la transmissibilité du choléra, il ne craignit pas d'affirmer que le fléau était transportable et transmissible par l'homme qui en reproduit

lui-même le germe. Aussi, en 1854, protesta-t-il avec une énergie qui faillit briser sa carrière contre l'ordre donné aux troupes de passer par Varna, alors en pleine épidémie. Cet acte fut à coup sûr pour lui, en cette circonstance, un titre d'honneur. (Applaudissements.) — En 1859, il préserva la ville de Constantinople d'une épidémie de typhus apportée par vingt-cinq mille Tartares. Ces débuts peuvent donner une idée de ce que devait être Fauvel par la suite et de ce qu'il fut en effet.

Travailleur infatigable, savant énergique, il préserva pendant dix-sept ans la France et l'Europe du choléra. Il fut le véritable initiateur de l'hygiène internationale, et si la dernière épidémie est arrivée jusqu'à nous, c'est uniquement parce qu'on a refusé de suivre ses conseils. Les services qu'il a rendus sont de ceux qui assurent un nom contre l'oubli, et ils feront vivre celui de Fauvel à côté de ceux des plus illustres. Puisse le souvenir d'une vie si désintéressée et absolument dévouée à la science, éveiller de nouveau l'attention sur elle et faire étendre sur sa famille les effets des hautes sympathies qu'a de suite fait naître en sa faveur l'irréparable malheur dont elle vient d'être frappée! (Applaudissements prolongés.)

M. Hayem lit un travail sur les injections intra-veineuses dans le choléra. Les solutions salines ainsi administrées paraissent être actuellement le moyen le plus rationnel à opposer aux graves phénomènes de la période de collapsus algide et asphyxique. Les résultats qu'elles viennent de donner à l'hôpital Saint-Antoine sont des plus encourageants. Le liquide auquel semble devoir être donnée la préférence est le suivant :

Eau distillée...........................	1 litre.
Chlorure de sodium pur..................	5 grammes.
Sulfate de soude pur....................	10 —

Cette solution bien filtrée est portée au bain-marie à la température de 38°. La dose injectée est, pour les adultes, de deux litres à deux litres et demi. L'injection est faite, dans l'espace de douze à quinze minutes, par une pompe spécialement construite pour cet usage.

Les phénomènes qui accompagnent et ceux qui suivent cette opération sont variables. Néanmoins, voici d'une manière générale les résultats dont M. Hayem vient d'être témoin.

Chez les alcooliques, les vieillards, les individus affaiblis, les injections salines ne provoquent qu'une réaction incomplète, bientôt suivie d'un état ataxique ou ataxo-adynamique dans lequel les malades succombent.

Au contraire, chez les adultes non alcooliques et chez les enfants, ces injections produisent des effets très remarquables ; quelques-uns de ces malades, voués à une mort certaine, ont été rapidement guéris.

Actuellement, à l'hôpital Saint-Antoine, sont 23 transfusés. Deux malades guéris sont déjà partis. Sur ces 25 cas, on compte 20 guérisons assurées et 5 malades dont le sort est encore douteux, la réaction obtenue ayant pris une forme typhoïde. Parmi ces transfusés, il y a 13 femmes, 2 enfants et 11 hommes. Le plus âgé a 54 ans. Il est à remarquer qu'au moment de l'attaque de choléra, tous ces malades étaient loin d'être dans des conditions de santé excellente. Entre autres, une femme enceinte de huit mois et demi a guéri et n'a pas avorté. Les phénomènes qui suivent l'injection sont les suivants : un frisson parfois intense, puis un retour de la chaleur périphérique, la cessation des crampes, le calme et souvent le sommeil. Après cette réaction aiguë, le malade entre souvent immédiatement en convalescence. Une des transfusées, opérée le 13 novembre, a pu quitter l'hôpital le 15, parfaitement remise.

Ces faits de guérison par les injections intra-veineuses paraissent emprunter une importance particulière aux circonstances au milieu desquelles ils ont été observés. Ils ont en effet été recueillis au début de l'épidémie actuelle, à un moment et dans un milieu où les malades non transfusés, atteints au même degré, ont tous succombé sans exception. Enfin il est à remarquer que ces injections sont d'une innocuité parfaite, et dans les cas malheureux, on n'a trouvé à l'autopsie aucune lésion qu'on pût leur attribuer.

La plaie veineuse pratiquée s'est toujours comportée comme une simple piqûre de saignée.

M. Hayem ne croit pas que l'on doive considérer les injections salines intra-veineuses comme une ressource ultime, mais il est persuadé qu'au contraire il y aurait un intérêt de premier ordre à les utiliser le plus tôt possible, dès le début de la période algide.

(A la demande qui lui est faite sur le nombre des cholériques auxquels il a appliqué la transfusion, M. Hayem répond que le nombre est de 200, sur lesquels il y a eu 20 guérisons et 5 cas douteux).

M. Panas communique les expériences et les observations qu'il a faites relativement à l'*anesthésie locale de l'œil* obtenue par l'instillation d'un agent nouveau, *la cocaïne*. La découverte de cette action anesthésique locale de la cocaïne sur l'œil est due à Koller. Cet auteur se fondant sur la propriété que possède l'alcaloïde en question, découverte par Niemann en 1859 et expérimentée par Echroff dès 1862, d'insensibiliser la muqueuse linguale lorsqu'on la met en contact avec la langue, fit des expériences sur les animaux et des essais sur l'homme qui lui démontrèrent l'action anesthésique des sels de cet alcaloïde sur la conjonctive et sur la cornée.

Dans les opérations que M. Panas a pratiquées avec l'aide de cet agent anesthésique, il s'est servi du chlorhydrate de cocaïne en solution dans l'eau (0,5 de ce sel par gramme d'eau distillée).

Lorsqu'on instille une ou plusieurs gouttes de ce collyre dans un œil qui n'est pas le siège d'inflammation, le malade, à part la sensation désagréable du contact de la première goutte, n'accuse aucune douleur et pas la moindre cuisson. Certains malades seulement se plaignent plus tard d'une sensation de plénitude.

L'œil, loin de rougir, tend à pâlir légèrement, mais le plus souvent il ne change pas de couleur, malgré une action vaso-constrictive que possède la cocaïne, au dire de Koller.

Au bout de cinq minutes environ, l'insensibilité de la cornée et de la conjonctive, tant bulbaire que palpébrale, commence à se faire sentir.

Si on répète les instillations de cinq en cinq minutes, l'action de la cocaïne au bout d'un quart d'heure à vingt minutes gagne par imbibition l'iris dont le sphincter se paralyse à son tour.

La mydriase en question, plus prononcée chez les personnes jeunes et en dehors des états glaucomateux, n'atteint jamais les degrés de celle de l'atrophie et disparaît généralement dans les vingt-quatre heures. Elle s'accompagne d'une légère parésie du muscle accommodateur.

Il en résulte que la cocaïne devra être placée parmi les substances légèrement mydriatiques, dont l'action *fugace* pourra être utilisée pour l'exploration ophthalmoscopique du fond de l'œil, au même titre que ceux de l'homatropine.

L'anesthésie de la cornée et de la conjonctive est en raison de la concentration de la solution (au moins jusqu'à 10 p. 100) et du nombre des instillations. Généralement au bout d'une demi-heure, l'insensibilité de l'œil est complète, au point que la pose de l'écarteur et la fixation du globe de l'œil à l'aide de la pince à dents ne provoquera plus la moindre douleur.

On peut promener le doigt sur la cornée sans que le malade réagisse en aucune façon.

De toutes les opérations qui se pratiquent sur l'œil, celle de la cataracte est appliquée à bénéficier au premier chef de l'emploi du nouvel agent anesthésique. M. Panas l'a employé un nombre suffisant de fois déjà pour pouvoir formuler son opinion comme il suit :

Les deux temps les plus pénibles de l'opération, à savoir l'ouverture des paupières par l'écarteur et la fixation du globe par la pince fixatrice, se passent à l'insu des malades. La section de la cornée est elle-même indolente ou pour le moins si peu douloureuse qu'aucun de ses malades ne s'est plaint.

Par contre, l'iris conserve toujours plus ou moins sa sensibilité propre, et les opérés accusent une sensation ou même de la douleur, lorsque l'aiguille à discision frôle la membrane. A plus forte raison si l'on vient à piquer l'iris et à le saisir avec des pinces pour exciser; les malades poussent le plus souvent un léger cri. Toujours est-il que ce temps de l'opération, le plus douloureux de tous, comme on le sait, l'est bien moins que si l'on n'avait pas fait usage de la cocaïne. Plusieurs des opérés de M. Panas lui ont déclaré qu'ils ne le comparaient qu'à une petite piqûre d'aiguille.

L'extraction des restes du cristallin et la toilette de l'œil se font, grâce à l'anesthésie, avec une entière sécurité et une très grande précision.

M. Panas a encore employé les instillations de cocaïne dans l'*iridectomie* et l'*iridotomie*, qui ne se font pas sans douleur, à moins de prolonger les instillations pendant une demi-heure au moins; dans la *strabotomie*, où la douleur de la section des muscles est notablement atténuée.

Lorsque l'œil est enflammé, il se montre plus ou moins réfractaire à l'action anesthésiante de la cocaïne qui, par contre, agit d'une manière merveilleuse sur l'œil normal. Une simple congestion, comme celle qui accompagne la présence d'un corps étranger sur la cornée, ne s'oppose nullement à l'action de la cocaïne.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ fait observer que l'action anesthésiante locale de la cocaïne ne se borne pas à l'œil, mais se manifeste également sur les muqueuses. Il ajoute que la cocaïne, telle qu'elle est préparée en France, possède, contrairement à ce qui a été dit et écrit, des propriétés identiques à celles de la cocaïne préparée en Allemagne. M. Dujardin-Beaumetz déclare, en outre, que l'on a pu substituer avec avantage la cocaïne à la morphine en injections sous-cutanées chez des morphiomanes.

M. Constantin PAUL appelle l'attention sur les résultats de l'emploi des instillations de cocaïne, au point de vue de l'examen ophthalmoscopique; ces instillations produisent une mydriase qui dure quelques minutes seulement et qui, par conséquent, est infiniment préférable à celle produite par l'atropine qui persiste pendant deux ou trois jours.

M. PANAS répond qu'il a traité tous ces points dans son travail, tant ce qui concerne l'action anesthésiante de la cocaïne sur les muqueuses que l'action mydriatique passagère de la cocaïne substituée à celle de l'atropine.

— A quatre heures et demie, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Guéniot sur les titres des candidats à la place vacante dans la section d'accouchement en remplacement de M. Depaul, décédé.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 7 au 13 novembre 1884. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1,424. — Fièvre typhoïde, 21. — Variole, 0. — Rougeole, 29. — Scarlatine, 1. —Coqueluche, 6. — Diphthérie, croup, 20. — Choléra, 375. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 4. — Infections puerpérales, 4. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercule aiguë), 56. — Phthisie pulmonaire, 224. — Autres tuberculoses, 7. — Autres affections générales, 65. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 65. — Bronchite aiguë, 37. — Pneumonie, 61. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 48; au sein et mixte, 25 ; inconnues, 10. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 91 ; circulatoire, 71 ; respiratoire, 78 ; digestif, 49 ; génito-urinaire, 27 ; de la peau et du tissu lamineux, 7 ; des os, articulat. et muscles, 10. — Morts violentes, 26. — Causes non classées, 7.

Le service de Statistique a compté pendant la semaine actuelle 1,424 décès au lieu de 1,006 pendant la semaine précédente. Cette augmentation est due en très grande partie au choléra.

L'épidémie a débuté, le 4 novembre, presque simultanément dans le IVe et dans le XIe arrondissement. Le 8 novembre, elle apparaisait dans le XIXe et le XXe ; le 9, elle frappait un asile de vieillards du VIIe arrondissement avec une force qui commence à décroître, et elle apparaissait dans les bas quartiers de la Sorbonne. Toujours elle se cantonne dans les rues le plus sales et dans la population la plus misérable et la plus malpropre de Paris.

Dans le IVe arrondissement, les quartiers Saint-Merri et Saint-Gervais sont seuls atteints sérieusement, et, dans ces quartiers mêmes, les rues étroites, obscures, où les logements insalubres sont nombreux, sont presque les seules atteintes. Il est remarquable que dans les épidémies antérieures de choléra, cet arrondissement (ancien IXe) a toujours été le plus frappé. Un grand nombre de ses rues sont restées aujourd'hui dans l'état où elles étaient au début du siècle.

Dans le Ve arrondissement, le quartier de la Sorbonne est le seul sérieusement atteint, mais la maladie est strictement cantonnée dans le bas du quartier, dans les rues extrêmement malpropres qui bordent le quai. Il n'y a pas eu, dans tout ce quartier, un seul décès en dehors de la rue de la Parcheminerie et des rues qui l'avoisinent.

Le VIe arrondissement présente peu de décès.

Dans le VIIe, on sait que presque tous les décès sont attribuables à un asile de vieillards tenu par des religieuses, avenue de Breteuil. L'âge de ces malheureux, leur décrépitude explique en grande partie qu'une épidémie se soit propagée parmi eux.

Le VIIIe et le XIe arrondissements ne sont pas atteints par l'épidémie. Le Xe ne l'est pas d'une façon sérieuse. Les quartiers extrêmement malpropres, Saint-Antoine, Sainte-Marguerite, de la Roquette et des Quinze-Vingts, sont, comme on le sait, les plus gravement atteints.

La rue Sainte-Marguerite a été la plus éprouvée. On sait que cette rue, depuis longtemps signalée comme foyer épidémique des plus dangereux, est habitée presque uniquement par des chiffonniers.

Dans le quartier des Quinze-Vingts, comme dans le précédent, l'adresse des décédés montre que c'est dans les ruelles et passages les plus célèbres par leur insalubrité que la maladie s'est surtout développée. Sur les plans nosologiques que publie l'*Annuaire statistique de la ville de Paris,* on les voit présenter constamment un nombre élevé de décès, par Fièvre typhoïde, par Variole et par Diphthérie.

Parmi les autres arrondissements de Paris, la plupart n'ont pas été atteints sérieusement par l'épidémie. Le XVIII[e] (Montmartre), notamment est remarquablement indemne.

La Bronchite aiguë (37 décès au lieu de 18) a subi une recrudescence, tandis que la Pneumonie n'a augmenté que dans une faible mesure (61 décès au lieu de 59).

L'Athrepsie (gastro-entérite des jeunes enfants) a légèrement augmenté (83 décès au lieu de 67).

Le service de Statistique municipale a reçu notification de 489 mariages et de 1156 naissances d'enfants vivants (610 garçons et 546 filles) dont 850 légitimes et 306 illégitimes, parmi les derniers, 58 ont été reconnus immédiatement. On a compté, en outre, 87 morts-nés 61 légitimes et 26 illégitimes.

D[r] Jacques Bertillon,
Chef des Travaux de la Statistique municipale de la Ville de Paris.

COURRIER

Nous publions plus bas l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la maison de santé Dubois, *du* Lait *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile dans des boîtes en cristal plombées. Ce mode de vente, qui supprime l'intervention frauduleuse des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

Faculté des sciences de Paris. — Par arrêté ministériel, en date du 6 novembre 1884, la chaire de chimie organique de la Faculté des sciences de Paris est déclarée vacante.

Concours. — Par arrêté ministériel, en date du 6 novembre 1884, le concours qui devait s'ouvrir le 15 novembre 1884 devant la Faculté de médecine de Paris pour deux emplois de suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes, l'un à l'école de plein exercice de médecine et pharmacie de Nantes, l'autre à l'école préparatoire de médecine et pharmacie de Caen, est reporté au 15 février 1885.

— Par arrêté ministériel, en date du 6 novembre 1884, le concours qui devait s'ouvrir le 10 décembre 1884 devant la Faculté de médecine de Paris pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et physiologie à l'École de plein exercice de médecine et pharmacie de Nantes, est reporté au 1[er] mars 1885.

Assistance publique. — Le samedi, 29 novembre 1884, à une heure, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'Administration de l'assistance publique, quai de Gesvres, n° 4 à l'adjudication, au rabais, et sur soumissions cachetées, des fournitures suivantes nécessaires au service des hôpitaux et hospices civils de Paris, savoir :

1° Herboristerie, droguerie, produits chimiques, épiceries, semences diverses, sangsues officinales et substances diverses nécessaires au service de la Pharmacie centrale des hôpitaux pendant l'année 1885 (en 47 lots).

2° Bandages, pessaires, bas élastiques, etc... à livrer au Bureau central d'admission et aux divers hôpitaux et hospices pendant cette même année 1885 (en deux lots).

S'adresser, pour prendre connaissance des cahiers des charges et examiner les types des fournitures mises en adjudication, au secrétariat général de l'Assistance publique, quai de Gesvres, n° 4, tous les jours non fériés de dix heures à quatre heures.

Société de médecine de Paris. — Séance du 22 novembre 1884. — *Ordre du jour :* 1. M. Cyr : De la cholécystotomie. — 2. M. Abadie : Rapport sur la candidature de M. Dehenne au titre de membre titulaire. — 3. Communications diverses.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs

Sommaire

Traitement de divers pleurétiques.

I

Si nos lecteurs veulent bien nous permettre de les ramener au chevet de certain pleurétique, auquel nous avions pris le parti d'appliquer un vésicatoire (1), nous les prions en outre de nous autoriser à émettre au sujet de ce malade plusieurs suppositions.

Il se peut d'abord, nous l'espérons, qu'il ait retiré de notre médication un bénéfice très net : si la modification des signes stéthoscopiques nous conduit à penser que l'épanchement pleural a diminué et que l'exsudat pseudo-membraneux prédomine, nous serons tenté d'y voir une indication à réitérer l'emploi des révulsifs sous diverses formes (emplâtre cantharidien, ignipuncture, badigeonnages iodés), et peut-être ne serait-il pas déraisonnable d'instituer parallèlement un traitement interne par les iodures à petite dose quotidienne, dans l'espoir d'activer les échanges nutritifs (iodure de potossium, de sodium, ou de fer). Est-ce à ce moment que Laënnec aurait eu recours aux frictions mercurielles, qui lui semblaient avec évidence favoriser la résolution et l'absorption ? Aujourd'hui les mercuriaux n'ont plus guère de partisans, en France du moins.

Il se pourrait, au contraire, que le niveau du liquide épanché n'eût pas baissé sensiblement ; dans ce cas, si la mobilité de l'épanchement est attestée par le déplacement facile de la ligne de matité, l'indication sera plutôt de recourir aux médicaments capables de soustraire à l'organisme une quantité notable d'eau en exagérant les sécrétions normales : purgatifs, diurétiques, sudorifiques et même sialagogues.

Parmi les diurétiques, nous préférerions à ceux qui agissent en irritant le rein, comme les sels de potasse (nitrate ou acétate), ceux qui augmentent

(1) Voir l'*Union médicale* du 11 octobre 1884.

FEUILLETON

CAUSERIE

Absence de cholériques à l'hôpital Bichat ; pléthore de cholériques à l'hôpital de la Charité. — Le microbe administratif. — Bavardages des journaux ; leurs mauvais effets sur la population parisienne. — Les méfaits de la presse quotidienne. — Un dernier mot sur l'internat des femmes.

O trop heureux nos confrères de province, s'ils connaissaient leur bonheur ! Ils n'ont ni choléra, ni administration hospitalière qui désorganise les services de chirurgie pour faire des salles de cholériques, ni cholériques dont l'esprit de contradiction soit tel, qu'au lieu d'aller dans les hôpitaux où des salles bien saines, dites d'isolement, les attendent, ils vont s'entasser dans les hôpitaux où rien n'a été préparé pour les recevoir.

Oui, monsieur, ce que je vous dis est l'expression pure et simple de la vérité. On a évacué le service de chirurgie de l'hôpital Bichat, on a créé un nouveau service de chirurgie, pour le titulaire dépossédé, dans le vieil Hôtel-Dieu, et, après plusieurs mois d'attente, quand les salles qu'on avait préparées dans l'espoir de les consacrer aux cholériques commençaient à moisir dans leur isolement et que le nouveau service de chirurgie de l'ancien Hôtel-Dieu allait fonctionner à la satisfaction de tous en général et du titulaire en particulier, paf ! comme dit un des membres éminents du Comité d'hygiène, le choléra éclate à Paris, le jour précis où M. Fauvel, qui avait tant nié son caractère épidémique, terminait son existence laborieuse.

la tension cardio-vasculaire. La digitale a fait ses preuves à cet égard ; mais, si nous en redoutons les effets accumulatifs, nous pourrions lui trouver un utile succédané dans la caféine. La *caféine*, à laquelle la majorité des observateurs s'accordent à reconnaître une action diurétique manifeste, et que Gubler, un peu enthousiaste, proclamait un diurétique *idéal*, rendra dans plus d'un cas des services, moins signalés toutefois que dans certaines asystolies où M. H. Huchard et M. Lépine nous ont fait connaître ses merveilleux effets. M. Renaut (de Lyon), en la prescrivant à la dose de 2 grammes, a vu plusieurs fois se résorber rapidement des épanchements abondants.

Comme sudorifique, la *pilocarpine*, qui, après avoir été utilisée par M. Créquy l'un des premiers, a donné des résultats variables entre les mains de Gubler, Grasset, Vulpian, Landrieux, Huchard, etc., peut être administrée à la dose de deux centigrammes en injections hypodermiques pendant quelques jours. Malheureusement l'action de l'alcaloïde du jaborandi est inconstante ; elle ne produit pas une sudation aussi profuse chez tous les sujets et, lorsqu'elle se borne à faire saliver abondamment, son influence est à peu près nulle sur la résorption de l'épanchement.

II

Lorsqu'après l'application d'un vésicatoire, l'épanchement pleural ne diminue pas ou augmente, l'opportunité de la THORACENTÈSE doit être discutée.

Nul ne songe à contester aujourd'hui que cette opération ne soit une des plus belles conquêtes de la thérapeutique. Mais, si les indications, les contre-indications et le procédé opératoire en sont définitivement fixés, il n'est pas sans intérêt de rappeler que son histoire a été signalée par des exagérations manifestes. Autant Trousseau avait rencontré de résistance parmi ses contemporains, lorsqu'il commença à pratiquer ses premières ponctions avec le trocart de Reybard, autant l'engouement des médecins fut vif pour la thoracentèse, lorsque M. Dieulafoy eût appliqué à cette opération la méthode aspiratrice qui la réduisait à une insignifiante piqûre d'aiguille, et, lorsque M. Potain en eût rendu, par divers perfectionnements le maniement si simple, on se mit alors à jouer du trocart comme on avait

---

Et voyez comme tout est bizarre dans cette épidémie. On avait préparé l'hôpital d'isolement à Saint-Ouen, le choléra, effrayé probablement de tous ces préparatifs, se garde bien d'y aller ; mais il préfère sévir dans les quartiers où on ne l'attend pas, et voilà pourquoi la Charité est encombrée de ses victimes, tandis qu'il y en a à peine une quinzaine à l'hôpital Bichat.

Je crois cependant que dans tout cela le plus coupable n'est pas le microbe du choléra, mais un autre microbe dont je n'ai trouvé la description nulle part, et dont je recommande sérieusement l'étude à M. Pasteur. Je ne l'ai pas vu non plus ce microbe, mais il existe, j'en suis sûr; le microbe de la tuberculose, celui de la diphthérie, celui du choléra même n'avaient pas encore été trouvés qu'on affirmait depuis longtemps déjà leur existence, d'après les effets constatés. Eh bien, j'ai reconnu et j'affirme l'existence de mon microbe d'après ses effets, et je l'ai baptisé du nom de microbe administratif. Oh ! l'affreux parasite ! Il s'infuse dans le sang de tous les malheureux qui font partie d'une administration, et qui, du jour où ils y mettent le pied, voient les choses tout autrement que la veille. Avant, ils avaient certaines idées — ou même n'en avaient pas du tout — sur certaines choses ; après la pénétration de l'aspirant administrateur dans l'administration et du microbe administratif dans l'administrateur, non seulement celui qui avait certaines idées sur certaines choses professe une opinion tout autre et souvent contraire, mais celui qui n'avait aucune idée préconçue a bientôt le cerveau aussi rempli d'idées administratives que celui qu'il remplace et qui vient de prendre sa retraite après trente années d'exercice. Oh ! l'affreux microbe ! né, dans la nuit des temps, de la contradiction survenue entre le premier administrateur et le premier administré (peut-être le premier homme et la première femme) et qui, depuis, a pullulé, comme celui de la

jadis joué de la lancette. On ponctionnait des plèvres où il n'y avait pas 500 grammes de liquide, et Béhier autorisait une thèse sur le traitement de la pleurésie aiguë par la thoracentèse faite malgré la fièvre, dès qu'on avait constaté la présence d'un épanchement.

On est bien revenu aujourd'hui de cette fureur de ponction. Il faut bien reconnaître que M. Dieulafoy n'a jamais écrit une ligne qui légitimât ces excès. Il avait, de prime abord, très sagement précisé les indications et les contre-indications, qui sont demeurées telles encore aujourd'hui qu'il les avait formulées.

Quoi qu'il en soit, un jour vint où M. Ernest Besnier, s'appuyant sur la base solide de la statistique, prouva que la pleurésie était devenue, depuis la généralisation du traitement réduit presque uniquement à la thoracentèse, une maladie beaucoup plus grave que du temps où on la traitait par les méthodes antiphlogistiques et révulsives. Dès lors beaucoup de médecins ouvrirent les yeux, et on cessa de ponctionner à tort et à travers.

A coup sûr, aujourd'hui, nous voyons pratiquer beaucoup moins de thoracentèses dans les hôpitaux qu'il y a six ans. Les pleurétiques guérissent-ils moins vite et moins complètement? Il ne le semble pas.

On est revenu aux prescriptions formellement tracées par l'auteur de la méthode aspiratrice, dont on n'eût pas dû s'écarter.

D'abord, tout le monde est d'accord sur la nécessité de la thoracentèse *d'urgence*. « Lorsque la matité remonte en arrière jusqu'à l'épine de l'omoplate et que l'obscurité du son remplace dans la région claviculaire la tonalité élevée du son skodique ; lorsque enfin, la pleurésie siégeant à gauche, la pointe du cœur vient battre entre le sternum et le sein droit, bien qu'à ce moment la cavité pleurale ne soit pas remplie au maximum, de tels signes chez un adulte dénotent que l'épanchement atteint deux litres : il faut opérer, et ne pas oublier que renvoyer au lendemain est une formule malheureuse, qui coûte la vie aux malades. » — « En toute autre circonstance, la thoracentèse est *discutable*..... Si la décroissance de l'épanchement se fait naturellement, et si sa résorption paraît devoir être rapide, il est inutile d'intervenir. Mais, si le liquide épanché reste stationnaire, ou si sa résorption paraît devoir être lente, il faut opérer. Ce n'est pas impunément qu'un liquide séjourne longtemps dans la plèvre, les organes déplacés s'immobilisent, le poumon respire mal, deux des principales

---

rage, dans le système nerveux de tous ceux qui sont devenus administrateurs ! L'affreux microbe! qui se perpétue de génération en génération d'administrateurs, qui semble faire partie du siège où le nouveau venu s'assied, de la table sur laquelle il travaille, du papier qu'il barbouille, de la plume et de l'encre avec lesquels il le barbouille, et dont le résultat est de faire préparer, sur beau papier bien rayé et bien calligraphié, des salles pour les cholériques dans des quartiers indemnes de choléra, alors que rien n'est préparé dans les quartiers infectés ! Affreux microbe ! qui, empêchant l'administrateur de prévoir le mal, le met en même temps dans l'incapacité de le réparer, quand il est venu, et d'empêcher l'hôpital de la Charité d'être encombré de cholériques, quand l'hôpital Bichat, organisé *ad hoc*, se croise les bras ! Ah! monsieur Pasteur ! au lieu d'aller étudier la fièvre jaune à Rio-de-Janeiro, ce qui est pourtant un acte très méritoire, que n'étudiez-vous le microbe administratif et les moyens de préserver notre bonne ville de Paris, dont l'Europe n'envie plus l'administration, hélas !

*
* *

Il y a encore un autre coupable dans tous les maux dont notre bonne ville de Paris souffre depuis que le choléra y est venu. Ce coupable, c'est la presse quotidienne qui, depuis l'éclosion de l'épidémie actuelle, s'est tant agitée, a fait tant de bruit à son sujet, que je suis persuadé que le nombre des personnes qui ont été malades de peur a été plus grand que celui des victimes du choléra. Il serait mort deux mille cholériques par jour à Paris que l'effroi produit par les *interwiewages* de l'un et de l'autre et les bavardages de tous, n'aurait pas été plus grand et n'aurait pas produit plus désas-

fonctions de l'économie, l'hématose et la respiration, sont compromises, sans compter, chez les individus prédisposés, le passage de la pleurésie à la chronicité et à la purulence. » (Dieulafoy.)

Le *manuel opératoire* de la thoracentèse est fixé aujourd'hui d'une manière précise, et il ne faut pas se départir des règles suivantes :

Si on emploie l'aspirateur, il faut prendre l'aiguille, ou mieux le trocart n° 2, le passer dans l'alcool et le flamber. Grâce à cette précaution, on n'encourra jamais le reproche d'avoir causé la purulence de l'épanchement par l'introduction de microbes dans la plèvre.

On fera précéder la thoracentèse d'une petite injection sous-cutanée de morphine, ou tout au moins on y aura recours dès que le malade sera pris des premières quintes de toux;

On ne retirera jamais plus d'un litre de liquide en une séance; si ce précepte, sur lequel M. Dieulafoy a insisté formellement, avait toujours été observé, on n'aurait pas eu à déplorer les quelques cas d'expectoration albumineuse qui ont à une certaine époque si fort effrayé les praticiens. C'est probablement par crainte de la décompression trop rapide du poumon que quelques médecins ont conservé l'usage du trocart de Reybard avec la baudruche.

Au fur et à mesure de l'écoulement du liquide, si surtout on sent le contact intermittent du poumon, que nous avons entendu souvent comparer par M. Laboulbène au frôlement des ailes d'un oiseau, on retire graduellement à soi l'aiguille ou la canule du trocart, et on la fait basculer de façon à la rendre parallèle à la paroi costale.

On laissera s'écouler une dizaine de jours avant de pratiquer une deuxième ponction, et jamais on ne videra l'épanchement jusqu'à la dernière goutte. Le lendemain de la ponction, alors que les vaisseaux de la plèvre moins comprimés peuvent avoir récupéré leur propriété absorbante, il paraît convenable de favoriser cette résorption en administrant les purgatifs, diurétiques et sudorifiques.

Lorsqu'il y a des raisons de penser que la plèvre est cloisonnée par des fausses membranes (pleurésie aréolaire), il sera prudent de faire précéder la thoracentèse d'une ponction exploratrice, faite avec une seringue de Pravaz munie d'une aiguille plus longue que celle qui sert aux injections hypodermiques.

---

treux ! Tous les Parisiens valides et non retenus dans la capitale par un emploi nécessaire à leur existence, choléra à part, ont filé de tous côtés, laissant leur installation d'hiver pour aller se réinstaller n'importe où. A l'étranger, on croirait volontiers qu'il n'y a plus qu'à crier : *Finis Parisiorum.*

Comme vous devez être occupé maintenant que vous avez le choléra ! m'écrivait dernièrement un de mes amis. Je crois bien, il y a 3,500 médecins à Paris, et environ 100 cholériques en tout. Cela fait bien 350 médecins pour un malade. Quelle occupation ! D'autre part, le moindre riche ayant fui Paris, plus de vapeurs, de migraines, de petits rhumes, de petites douleurs à soigner; toutes ces indispositions qui, en somme, constituent le fond de la clientèle médicale, se sont transportées en masse avec les clients vers des bords plus heureux, et les médecins de Paris vont mourir de faim cet hiver.

On raconte à ce propos... — je vous préviens que je vais médire de mon prochain, mais je ne fais que rendre la pareille, — on raconte à ce propos que la presse quotidienne savait depuis longtemps qu'il y avait à Paris des cas de choléra, mais qu'elle avait reçu la consigne, donnée par un de ses organes influents, de n'en rien dire. Cette conspiration du silence avait pour but de laisser rentrer les Parisiens dans leurs appartements d'hiver, après avoir désorganisé leur installation à la campagne ; ceci fait, une autre consigne remplaça la première : ce fut de crier bien haut « sauve qui peut ! voilà le choléra ! » Et les Parisiens s'envolèrent comme une bande de moineaux effarouchés... mais où ? Pas vers leurs maisons de campagne, désinstallées et d'ailleurs trop froides à cette saison, mais dans le midi, à Cannes, à Menton, à Nice, où les propriétaires des grands journaux avaient préalablement loué ou acheté toutes les maisons disponibles,

Il est certains sujets chez lesquels, après la cessation de l'inflammation, la plèvre reste atteinte d'une sorte d'hypercrinie chronique ; c'est comme un hydrothorax qui succède à la pleurésie, et, après deux, trois ponctions, le liquide revient chaque fois au même niveau. Il est inutile de s'acharner à vouloir soustraire ces épanchements récidivistes. Chaque ponction nouvelle serait une sorte de saignée blanche, qui, affaiblissant le malade, serait bien loin d'activer la résorption. C'est alors à une thérapeutique générale capable de modifier l'organisme débilité qu'il convient plutôt de recourir. On a proposé, en pareils cas, de remplacer une partie du liquide soustrait par l'injection intra-pleurale d'un liquide qui puisse modifier la surface sécrétante, de l'alcool, par exemple, c'est-à-dire de traiter, en somme, ces épanchements pleuraux comme des hydarthroses ou des hydrocèles chroniques. Nous n'avons pas vu employer ce procédé.

Dans la convalescence d'une pleurésie, il faut encore se préoccuper de combattre l'atrophie des muscles de la paroi thoracique, de favoriser le retour des fonctions du poumon plus ou moins longtemps comprimé. L'électrisation, le massage, quelques douches sulfureuses agiront favorablement dans ce sens, ainsi qu'une gymnastique ménagée capable de combattre la rétraction du côté jadis malade. Nous recommanderions toutefois d'éviter les grands mouvements forcés d'élévation de l'épaule; car il se pourrait faire que quelque bride néomembraneuse insérée sur la plèvre viscérale fût assez violemment arrachée pour entraîner à sa suite une parcelle de parenchyme pulmonaire. Nous possédons un cas où la production soudaine d'un pneumothorax pendant la convalescence d'une pleurésie parut reconnaître ce mécanisme.

III

Nous avons jusqu'ici parlé du traitement de la pleurésie aiguë *franche*, primitive, *a frigore*, et il est probable que certains de nos lecteurs auront été offusqués de cette désignation, car un assez grand nombre de médecins n'admettent pas qu'il existe de pleurésie franche.

Pour n'en citer qu'un, un de nos plus brillants agrégés, M. Landouzy, dans une clinique récente (1), déclarait ne pouvoir admettre cette pleurésie

(1) *Gaz. des hôp.*, 30 octobre 1884.

dont la location leur procura de beaux bénéfices. Je ne crois pas que le choléra ait pu cacher sa présence à Paris pendant deux ou trois mois, même avec l'aide du silence de la presse sa complice, mais je suis moins incrédule au sujet des causes des cris de paon poussés par ladite presse dès l'apparition des premiers effets de l'épidémie.

***

Mais voyez comme tout s'enchaîne! Le choléra ayant débuté par le midi, les gens du midi ont pris le premier train et ont filé vers le nord; ils y ont apporté le choléra. Celui-ci ayant quitté le midi pour venir dans le nord, les gens du nord ont à leur tour filé... vers le midi. Vont-ils y reporter le choléra? Qui pourra donc me dire quand s'arrêtera cet échange de mauvais procédés entre le midi et le nord?

***

La presse étrangère a été mieux avisée que la nôtre, ou peut-être l'administration (très sage celle-là) a-t-elle imposé silence aux bavards. Il y a à Londres comme à Paris, et même à Berlin, de nombreux cas de choléra en ce moment. Mais qui s'en douterait à la lecture des journaux? Pas vous certainement, et si je n'étais renseigné d'ailleurs, — et bien renseigné, — je ne pourrais vous affirmer que le choléra, qui nous abandonne de jour en jour, est en train de faire tranquillement son petit tour d'Europe. Mais il a pris un pseudonyme et il voyage incognito. Comme il faut bien dire de quoi les Anglais et les Allemands de Londres et de Berlin sont malades et meurent, on dit qu'ils ont la

que *dans des cas tout à fait exceptionnels.* « 98 fois sur 100, les épanchements pleuraux, les pleurésies prétendues *a frigore,* sont fonction de tuberculose apparente ou cachée, et de ce que l'on n'est pas toujours en état de le prouver, il ne s'ensuit pas que cette tuberculose primitive n'existe pas. » M. Landouzy pousse même les choses si loin qu'il ajoutait, à propos d'une jeune fille de 18 ans, qui, ayant été atteinte de pleurésie à l'âge de 11 ans, et guérie en trois mois, n'a présenté depuis aucun trouble fonctionnel ni organique : « Je ne l'épouserais pas ; car, pour moi, elle reste suspecte encore de tuberculose, malgré les sept années écoulées depuis son épanchement, sans qu'elle ait présenté le moindre trouble de sa santé. »

— N'est-ce pas aller un peu loin? On serait tenté de répondre à cette boutade du spirituel médecin de l'hôpital Tenon, qu'il tient le langage d'un célibataire endurci, et qu'un pareil anathème fulminé contre tant de jeunes filles, qui ont eu une pleurésie alors qu'elles jouaient encore à la poupée, n'est pas fait pour favoriser la repopulation de la France.

Heureusement pour les pauvrettes, on pourrait faire lire aux jeunes gens qui hésiteraient à les mener à l'autel l'opinion suivante de M. J. Renaut (de Lyon) : « Vous trouverez nombre de cliniciens distingués pour lesquels toute pleurésie non symptomatique du rhumatisme, de l'albuminurie, des fièvres ou des septicémies diverses, est, quelle qu'ait été la franchise de son évolution, une manifestation de la tuberculose pulmonaire. Je me hâte de dire que c'est là non seulement une exagération, mais une erreur. Je ne compte plus les cas où je me suis trouvé, à l'amphithéâtre, en présence d'épanchements pleurétiques abondants ayant déterminé la mort avec toutes les lésions ordinaires des inflammations pleurales suraiguës, et dans lesquels l'examen le plus actif ne m'a pas permis, à moi, histologiste de profession, de reconnaître un seul tubercule en état d'évolution actuelle, soit dans le parenchyme pulmonaire, soit dans la plèvre lésée... Il existe donc des pleurésies non diathésiques. »

M. Renaut reconnaît d'ailleurs qu'il est assez fréquent de voir certaines pleurésies survenant chez des individus encore indemnes de tuberculose, au moins en apparence, être suivies à courte échéance de l'évolution tuberculeuse (*pleurésies phthisiogènes*).

Si intéressante que soit une semblable question au point de vue du pronostic, n'ayant en vue que le traitement, nous n'avons pas à en chercher

---

cholérine, une diarrhée quelconque; mais qu'un journal s'avise de prononcer le mot de choléra et vous verrez!

Je me trompe; ils parlent choléra, mais c'est pour répéter les articles de nos journaux, et pour dire qu'il y a à Paris 400 et 500 cas de choléra par jour. Le pire, c'est que ces renseignements erronés, grossis et dénaturés encore par la cupidité des hôteliers d'outre-Rhin et d'outre-Manche, sont devenus des armes contre nous; dans toutes les chambres des hôtels importants d'Angleterre et d'Allemagne, on affiche de prétendues dépêches de l'agence Havas annonçant qu'il meurt à Paris 500 personnes par jour. Esope, au temps où les bêtes parlaient, disait que ce qu'il y a de meilleur et de pire au monde était la langue. Qu'eût-il dit, si la presse eût existé de son temps?

*
* *

Je vais maintenant répondre à quelques lettres.

Plusieurs de nos lecteurs ont écrit à l'*Union* pour leur fournir des arguments contre l'internat des femmes. La rédaction en général, et Simplissime en particulier, leur adresse tous leurs remerciements. Mais Simplissime considère la question comme jugée par le vote des Sociétés des chirurgiens et des médecins des hôpitaux, et pense que le mieux est de s'en tenir là. Si le débat se rallume, notre rédacteur en chef avisera. Je crois que je ne puis mieux faire que de citer, comme mot de la fin, les paroles prononcées après la séance des chirurgiens des hôpitaux par l'éminent orateur qui avait défendu la cause de ces dames. « Je croyais avoir raison ; mais, comme tous mes collègues sont contre moi, il se pourrait bien que j'eusse tort. » Et puis nos adversaires

la solution. La seule indication que doive soulever pour le thérapeutiste l'opinion de ceux qui nient la pleurésie franche, c'est d'instituer une prophylaxie et une hygiène rigoureuses pour les pleurétiques, et d'organiser autour d'eux pendant de longues années une surveillance pleine de sollicitude.

(*A suivre.*) Paul Le Gendre.

REVUE DES JOURNAUX

Un cerveau monstre. — Le docteur Guy Hinsdale a présenté à la Société pathologique de Philadelphie, le 25 septembre dernier, un cerveau artificiel construit dans des proportions colossales et destiné à montrer le trajet des fibres nerveuses dans le cerveau humain et leurs rapports avec les divers centres et la moelle épinière. Ce modèle a été acquis récemment par le Mütter Museum du Collège des médecins et construit par Buechi, de Berne (Suisse), sous la direction du professeur Alby.

Sa hauteur est de 125 centimètres, sa largeur de 70 centimètres. La substance corticale est parsemée de bouchons de 2 centimètres de long placés dans un ordre déterminé. Les noyaux de la base, très agrandis, sont à la place voulue. La moelle épinière, faite de ganglions et de cordons de fils de différentes couleurs est représentée à travers une portion de la région cervicale. Ces fils colorés différemment, suivant leur fonction, vont aboutir aux ganglions de couleur correspondante ou aux surfaces de l'enveloppe qui sont marquées par des bouchons de même couleur.

Si l'on prend les cordons antérieurs et latéraux de la moelle épinière peints en rouge, on peut suivre ces fibres motrices jusqu'à la partie antérieure et inférieure du bulbe, où elles se divisent à travers la protubérance jusqu'à la capsule interne, entre le noyau caudé du corps strié et la couche optique; pour s'irradier de là jusqu'à l'écorce. On voit qu'elles viennent principalement des circonvolutions de la scissure de Rolando.

De chaque point rouge part une fibre motrice également rouge qui descend jusqu'aux cordons antérieurs ou latéraux de la moelle. On voit que le cordon de Türck ou faisceau pyramidal direct est en rapport avec la partie postérieure du cordon latéral du côté opposé.

En ce qui concerne la localisation exacte des centres sensoriels et moteurs de la moelle épinière, il y a encore quelques divergences d'opinion. Le professeur Ferrier dit que les cordons antéro-latéraux sont ordinairement regardés comme les centres moteurs, mais il cite les expériences nouvelles et très précises de Ludwig et Woroschiloff (1874), qui placent les centres moteurs seulement dans les cordons latéraux.

---

sont des femmes, après tout, surtout maintenant qu'elles ne seront plus internes, et, puisqu'elles sont vaincues, il faut plutôt les consoler que les blâmer. Je n'ai jamais dit « væ victis! », et, si un écrivain a jamais eu le devoir de dire « gloria victis! », c'est quand il s'adressait à des femmes.

***

Un dernier mot au sujet de l'inauguration des cours de l'Ecole dentaire. L'*Union* a publié, à ce propos, un article sur l'état actuel de l'odontologie en France. Cet article n'était pas, à proprement parler, un compte rendu de la séance d'inauguration; mais, comme il avait été rédigé avec les détails contenus dans les discours prononcés à cette séance, quelques-uns de nos lecteurs ont pu croire qu'il s'agissait d'un compte rendu, et d'un compte rendu incomplet, puisque ni le discours de M. Prengrueber, ni la distribution des récompenses n'étaient mentionnés. Le discours de M. Prengueber, chirurgien des hôpitaux et professeur à l'Ecole dentaire, sur les services que la chirurgie et l'odontologie peuvent se rendre réciproquement, est assurément très intéressant, et on nous a dit qu'il avait produit une excellente impression sur l'auditoire; mais nous regrettons de ne pouvoir revenir maintenant avec plus de détails sur ce sujet, la séance d'inauguration et tous les discours prononcés ayant été publiés dans l'organe de l'Ecole dentaire, l'*Odontologie*.

Simplissime.

Les cordons antérieurs (de Türck) sont plutôt considérés comme des fibres connectives entre les nerfs moteurs et les segments adjacents et non comme l'organe direct des impulsions motrices émanant du cerveau.

Si l'on prend les fibres des cordons postérieurs colorés en bleu, on voit qu'elles sont représentées comme se décussant complètement dans la moelle, en formant le tiers postérieur de la capsule interne et en passant à travers les corps quadrijumeaux et les couches optiques, colorés en bleu, et qui sont les grands centres de la sensation.

Les cordons latéraux externes, colorés en vert, vont aboutir au cervelet en se décussant près de sa face supérieure. Les fibres jaunes mettent les noyaux de la base en communication avec la couche corticale; les fibres blanches, constituant les corps calleux, sont purement commissurales. Les cordons de la moelle épinière correspondent à la disposition indiquée par Flechsig et confirmée par Charcot et Hammond. Ludwig et Voroschiloff prétendent « qu'il y a échange et suppléance de fonctions potentielles entre les diverses parties de la moelle épinière ». Ferrier admet qu'en ce qui concerne le trajet des fibres cérébrales, l'anatomie révèle peu de chose et que les expériences physiologiques seules peuvent nous venir en aide. Il reste à faire bien des expériences avant de pouvoir concilier toutes les opinions et déterminer la place exacte des centres sensitifs et moteurs. (*Med. News*, 11 octobre 1884, p. 418. »

L'Épidémie cholérique de 1884.

Paris. — La rapide décroissance de la morbidité fait espérer l'extinction prochaine de l'explosion cholérique de la capitale. Tout serait donc pour le mieux à ce point de vue, de par la bénignité de la maladie. Cependant, à ce moment où elle semble toucher à sa fin, les Administrations n'ont encore pu se mettre d'accord sur la mortalité et la morbidité dont elle est cause. Il n'y a guère lieu de s'en étonner.

Avant-hier, paraît-il, une Commission dite « du choléra » tenait ses assises sous la présidence du ministre de l'intérieur. Malgré la présence du représentant du pouvoir central, le désaccord a persisté, et, après de vains efforts, les bureaux de l'Assistance publique et de la Préfecture de police n'auraient pu établir le *chiffre officiel* des *décès cholériques !* On peut, par ce fait, juger de la valeur des statistiques ainsi préparées!

J'en trouve la preuve dans une lettre du maire de Boulogne au journal *le Matin*. Ce magistrat municipal conteste les chiffres qui ont été publiés. La population de cette ville n'aurait été atteinte que de 1 cas le 14, 3 le 15, 2 le 16, 1 le 17 et 1 le 18, d'après la municipalité boulonnaise. Or, les chiffres de la Préfecture de police sont différents : 2 cas le 14, 2 le 15, 6 le 16, 4 le 17, 1 le 18 ! 8 cas d'un côté, 15 de l'autre. Je laisse à ces deux administrations le soin d'en discuter et au lecteur de juger, par cet écart, de la valeur des statistiques officielles, durant l'épidémie actuelle.

Le 19, il y a eu dans Paris 30 cas, dont 15 décès ; 9 cas dans les hôpitaux militaires, 90 admissions et 25 décès dans les hôpitaux civils.

Le 20, on signale 34 cas dans Paris et 9 décès. Dans la banlieue, le nombre de cas a été de 9 le 19 et de 10 le 20.

Départements. — L'épidémie fait encore quelques victimes à *Nantes*, où le 16 on comptait 2 décès et 9 cas nouveaux ; à *Saint-Malo*, où on a observé 2 cas, le 14, dans l'équipage d'un navire venant de Bône ; à *Melun*, où du 10 au 12 on mentionne 3 décès et 15 cas, dont 5 à la maison de détention ; à *Yport*, où quelques cholériques sont encore en traitement, et enfin, en *Algérie*, à Bône, où chaque jour on enregistre 4 à 5 décès ou cas nouveaux.

Étranger. — En *Italie*, les cas sont peu nombreux et l'épidémie se termine vraisemblablement. Par contre, en *Espagne*, les dépêchent du 19 mentionnent un retour de la maladie dans les provinces dernièrement contaminées. — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 17 novembre 1884. — Présidence de M. Rolland.

M. Marcel Deprez adresse le compte rendu d'expériences très intéressantes et très paradoxales auxquelles il a été amené par la construction d'une machine électrique

destinée à transmettre la force entre Paris et Creil. Cette machine, d'une puissance de 200 chevaux, expérimentée d'abord à petite vitesse, perdait, par le frottement, 20 chevaux; M. Marcel Depretz crut qu'elle était mal construite, et, pour trouver le vice de la construction, il se mit à faire des essais avec des vitesses variées. Un des principes les plus universellement admis en mécanique, c'est que le frottement est indépendant de la vitesse. Quel ne fut donc pas l'étonnement de l'expérimentateur, lorsque les vitesses supérieures lui donnèrent une déperdition de force par le frottement cinq fois inférieur à ses calculs. Il livre le fait tel quel à l'appréciation de l'Académie.

M. Pécholier (de Montpellier) envoie une note sur le traitement de la fièvre typhoïde par les sels de quinine. La cause de la fièvre typhoïde serait, selon M. Pécholier, un ferment organisé qui est détruit par le quinquina comme celui des fièvres palustres.

M. le secrétaire perpétuel Bertrand donne lecture d'une lettre de M. le ministre de l'instruction publique, relative au dernier Congrès scientifique tenu à Washington. Il s'agissait, pour la France, de proposer au Congrès l'adoption d'un méridien neutre, entraînant la fixation d'une heure universelle. Malgré les efforts de M. Janssen, délégué de l'Académie des sciences, le Congrès maintint le méridien de Greenwich, à la majorité de 21 voix contre 3; — il s'agissait encore de proposer l'adoption du système décimal pour la mesure des angles et du temps. A l'inverse de la première, cette proposition obtint la majorité de 21 voix sur 24 votants. M. le ministre demande l'avis de l'Académie relativement à l'apportunité de nommer une commission pour examiner ce qu'il convient de faire en présence de ces résolutions.

Interpellé à ce sujet par le président, M. Janssen annonce qu'il présentera dans une des prochaines séances un rapport sur la mission dont il a été chargé. Pour aujourd'hui, il ne veut dire qu'une seule chose, c'est que la France, au Congrès de Washington, a plaidé la cause de la science universelle, conformément à la tradition léguée par les savants du dernier siècle. Si elle n'a pu faire prévaloir son opinion quant à la détermination d'un méridien neutre, c'est que les Anglais avaient fait de cette question une question nationale, et que, longtemps avant l'ouverture du Congrès, ordre avait été donné aux divers représentants des puissances qui figuraient au Congrès, de voter avec les Anglais. Seul l'empereur du Brésil, se rappelant qu'il est membre associé de l'Académie des sciences, avait enjoint à son représentant de ne pas se séparer des Français.

Si l'application du système décimal à la mesure des angles et du temps a été adoptée, c'est qu'il y avait un président favorable dans le Congrès à Rome, et que les Anglais, prévoyant qu'ils seraient vaincus sur ce point, ont abandonné la lutte.

Croirait-on, en lisant ce qui précède, qu'il s'agit de discussions scientifiques? Ne dirait-on pas plutôt qu'on assiste aux intrigues préparatoires d'un concile? On convoque les savants du monde entier. Est-ce pour chercher la vérité? Point du tout; on ne s'occupe qu'à satisfaire l'orgueil des uns, et qu'à faire subir une humiliation aux autres. Est-ce assez... international?

M. Vulpian dépose sur le bureau la relation, par M. Bochefontaine, d'une expérience faite dans le laboratoire de M. Vulpian, et malgré lui, 5 centimètres cubes de liquide diarrhéique, provenant d'une femme à la période algide du choléra, furent transformés en pilules, au moyen de poudre de lycopode et de gomme, et avalés par M. Bochefontaine. A la suite de cette ingestion répugnante, il y eut un peu de fièvre (100 pulsations), la température s'éleva sensiblement; il se produisit une légère constipation et ce fut tout. En somme, l'expérimentateur sortit indemne de l'épreuve. M. Bochefontaine en conclut simplement que le liquide des selles riziformes, ingéré dans l'estomac, ne donne pas *nécessairement* le choléra. Tout en approuvant la modération de cette conclusion, M. Vulpian fait remarquer que l'expérience ne manque pas d'une certaine portée : elle est une protestation contre l'affolement de la peur qu'inspire l'épidémie, si bénigne relativement, que nous traversons, et une réfutation de beaucoup d'idées fausses sur le mode de contagion de la maladie. Peu de personnes seront, je l'espère, tentées de la recommencer. M. Vulpian ajoute que le liquide dont on s'est servi (alors que la femme qui l'avait fourni était encore vivante) contenait toutes sortes de vibrions et de bactéries en virgule; ces dernières, d'abord difficiles à découvrir, devinrent très nombreuses au bout d'un certain temps passé dans le laboratoire. Ce même liquide, injecté dans le torrent circulatoire chez des cobayes, en tua rapidement trois sur quatre; un chien fut malade à la suite de la même opération, mais il ne mourut pas.

M. Gabriel Pouchet, chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis, a examiné le sang du cœur et des gros vaisseaux sur quatre cadavres de cholériques. Chez tous, il a trouvé, en notable quantité, les acides biliaires. Et, cependant, chez les cholériques, tout

indique que les fonctions du foie sont suspendues. On est donc en droit de conclure que, contrairement à ce qu'a enseigné jusqu'ici la physiologie, les acides biliaires existent dans le sang en vertu d'une préformation. A la période de réaction, on trouve ces mêmes acides, en grande abondance, dans l'urine.

M. Vulpian garde la parole pour entretenir sommairement l'Académie des expériences qu'il a faites avec le chlorhydrate de cocaïne. La solution au 100e de ce sel, employée localement, détermine l'insensibilité rapide et très passagère de la cornée. On peut toucher et exciser cette partie de l'œil sans exciter les réflexes des paupières. Par l'injection dans le sang, on arrive au même résultat, mais moins bien que par l'imbibition locale. Dans les deux cas, la pupille est dilatée, et le globe de l'œil semble propulsé en avant, tout comme lorsque, après la section du grand sympathique, on excite le bout supérieur de ce nerf.

Comme on allait sortir de la séance, une jeune dame charmante, au bras d'un monsieur parfaitement correct, se présenta à la porte de la salle. L'huissier lui refusa l'entrée.

— Mais, dis-je à ce fonctionnaire, on l'a cependant laissée entrer dans la salle des Pas-Perdus.

— Eh bien? me répondit-il.

— Eh bien, la logique voulait qu'elle pénétrât jusqu'au bout.

Il me regarda sans comprendre et se contenta de dire, en me tournant le dos: « C'est contraire au règlement ». — M. L.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 8 novembre 1884. — Présidence de M. Polaillon.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance imprimée comprend les journaux parus dans la quinzaine : *Le Progrès médical,* — le *Concours médical,* — la *Clinique médico-chirurgicale,* — le *Journal d'hygiène,* — le *Journal des sages-femmes,* — la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale,* — le *Compte rendu général des Académies et Sociétés médicales.*

M. Deligny présente à la Société sa brochure intitulée : *Des vers intestinaux chez les enfants.*

M. de Beauvais : Depuis la dernière séance, j'ai eu l'occasion d'observer deux faits qui me semblent prouver la connexité pathologique de l'utérus et du foie, invoquée par M. Thévenot à propos de la dysménorrhée et de la colique hépatique.

La première observation est celle d'une dame de 52 ans, qui était encore fort bien menstruée. En septembre dernier, ses règles cessèrent et ne reparurent pas en octobre. Sa santé se maintenait excellente. Au commencement de novembre, elle fut prise subitement, dans le milieu de la nuit, d'une violente colique hépatique, qui résista aux injections sous-cutanées de morphine et aux potions opiacées. Un frisson avec claquement de dents survint le lendemain, avec une fièvre active. Une douleur intense dans l'hypochondre droit avec sensibilité extrême du ventre, des vomissements répétés, nécessitèrent une application de sangsues, une diète sévère, et ce n'est qu'au bout de huit jours que la crise cessa, laissant à la patiente une faiblesse générale très grande. Cette dame avait eu un premier accès de colique hépatique, suivi d'ictère, en 1879. Je l'envoyai faire une cure à Vichy, et, depuis, elle n'avait rien éprouvé. Cette année, elle a passé un mois à Plombières, mais sans faire de cure. Pour moi, la suppression brusque des règles a été la cause du retour de la colique hépatique.

Le deuxième cas est celui d'une femme de 50 ans, d'une bonne santé habituelle, dont les règles commencèrent à devenir rares et difficiles au mois de décembre 1883. En mars 1884, un premier accès de colique hépatique eut lieu; je lui conseillai d'aller à Vichy au mois de juillet. Elle en revint bien portante. Il y a quelques jours, elle fut prise subitement, en omnibus, d'un accès de colique hépatique qui dura plusieurs jours, et fut traité par les préparations opiacées à l'intérieur et les injections sous-cutanées de morphine. Je crois pouvoir rattacher aussi cette récidive à la ménopause.

M. Besnier fait observer que les deux malades de M. de Beauvais avaient fait une saison d'eaux minérales avant d'avoir leur attaque de colique hépatique; il est permis de croire que le traitement a pu congestionner le foie et provoquer la crise hépatique. Il n'est pas rare de voir des malades être pris d'une emière colique hépatique

en revenant de Vichy ou de Plombières, et cela sans présenter aucune manifestation du côté de l'utérus.

M. Tissier admet une relation entre les phénomènes utérins et la colique hépatique. Cette affection se montre souvent dans le cours de la grossesse, et plus souvent encore après l'accouchement. Il a vu chez une dame, dans trois accouchements, des coliques hépatiques survenir quelques semaines après la délivrance.

M. de Beauvais : Je partage entièrement l'opinion de M. Besnier quant à l'influence des eaux thermales alcalines sur le retour ou le rappel, à plus ou moins brève échéance, des coliques hépatiques. J'en suis moi-même un exemple. En février et en mars 1882, j'éprouvai trois crises hépatiques violentes. Je me rendis à Vichy en août, j'étais bien portant. Quelques jours après le commencement de ma cure, survint une colique hépatique suivie d'ictère. Je ne saurais cependant accorder la même origine à la colique hépatique violente de ma première malade, qui n'avait pris que huit bains en un mois à Plombières, et n'avait suivi aucun traitement. La disparition brusque des règles explique mieux, à mon sens, les phénomènes subits inflammatoires et congestifs du foie qui ont accompagné cette dernière crise. Quant à la seconde malade, je suis tenté d'accepter l'explication de M. Besnier.

M. Antonin Martin donne des renseignements sur les cas de choléra observés dans le quartier des Quinze-Vingts.

M. Dehenne, à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire, lit un mémoire intitulé : *Observations de traumatismes oculaires.* (Renvoyé à une commission composée de MM. Tissier, Thévenot et Abadie, rapporteur.)

M. Abadie : A l'occasion de l'intéressante communication de M. Dehenne, permettez-moi de vous entretenir un instant d'une découverte de premier ordre qui vient d'être faite en thérapeutique oculaire. Je veux parler de la propriété remarquable que possède la cocaïne de rendre complètement insensibles la cornée et la surface conjonctivale. Il y a deux mois environ, le docteur Kollar, de Vienne, en expérimentant sur les animaux, remarqua le premier que le chlorhydrate de cocaïne anesthésiait la conjonctive et la cornée. Au dernier Congrès ophthalmologique d'Heidelberg, le docteur Brettauer fit au nom de M. Kollar une communication sur ce sujet.

Depuis une quinzaine de jours environ, j'ai essayé moi-même le chlorhydrate de cocaïne, et je suis extrêmement satisfait des résultats obtenus. Après quelques minutes de l'instillation de quelques gouttes d'un collyre à 2 p. 100, la conjonctive et la cornée sont devenues insensibles.

L'extraction de corps étrangers, le tatouage de la cornée ne provoquent aucune douleur. L'opération de la cataracte sans iridectomie est aussi très bien supportée et s'exécute pour ainsi dire à l'insu du malade.

La cocaïne possède encore une propriété fort précieuse pour les ophthalmologistes. Elle dilate la pupille sans paralyser le muscle ciliaire. Elle sera, par conséquent, très utile pour les examens du fond de l'œil qui réclamaient auparavant l'emploi de l'atropine.

Enfin, j'ai remarqué que la cocaïne et l'atropine semblaient accumuler leurs effets quand on les instillait simultanément, et la dilatation pupillaire acquiert alors des dimensions extraordinaires.

— La séance est levée à cinq heures.

FORMULAIRE

Potion contre la diarrhée prémonitoire du choléra. — Tartenson.

Teinture de chelidonium majus (par macération).	4 grammes.
Julep gommeux.	150 —

A prendre par cuillerées à soupe de deux en deux heures.

Il est utile de spécifier : teinture *par macération*, pour éviter que le pharmacien ne délivre une teinture *par déplacement* qui, préparée très rapidement, ne renferme que très peu de principes actifs et n'a pas la même efficacité. La teinture par déplacement est presque incolore ; c'est ce qui la distingue de la teinture par macération.

COURRIER

Concours. — Un concours pour la nomination à trois places de médecin du Bureau central a lieu en ce moment. Le jury se compose de MM. Hayem, Dujardin-Beaumetz, Cadet de Gassicourt, Gérin-Roze, Féréol, Gallard, Lecorché, Triboulet et Nicaise.

Les concurrents, au nombre de 47, sont MM. Ballet, Barié, Barthélemy, Béclère, Benoît, Béringier, Bourcy, Brault, Brocq, Bruchet, Buzot, Capitan, Chantemesse, Chouppe, Comby, Decaisne, Delpeuch, Dreyfous, Duplaix, Faucher, Galliard, Gauchas, Gaucher, Havage, Hirtz (Edgar), Hirtz (Hippolyte), Jean, Josias, Juhel-Rénoy, Ledoux-Lebard, Leduc, Leroux (Charles), Leroux (Marie), Liandier, Lorey, Lucas-Championnière, Marie, Martin, Mathieu, Netter, Renault, Robert, Robin, Siredey, Stackler, Talamon et Variot.

Légion d'honneur. — Est nommé chevalier, M. Chédan (Ernest-Alexandre), médecin de 1re classe de la marine, médecin-major du *Volta ;* 19 ans de services, dont 10 à la mer. Services très distingués pendant les opérations de guerre de la rivière du Min, du 23 au 30 août 1884.

Nécrologie. — Le docteur Saucerotte (Constant) a succombé à Lunéville dans sa quatre-vingtième année. Saucerotte (de Lunéville) était un des noms les plus connus parmi les médecins des départements. C'est qu'il en est bien peu, en effet, qui aient fourni une carrière de travail aussi longue et aussi continue. Il a tenu la plume du médecin depuis son doctorat, en 1828, et même depuis 1827 (in *Bulletins de la Société anatomique*), jusqu'à ses dernières années aussi. Dès cette époque il protestait, un des premiers, contre la doctrine de Broussais. Il a tenu aussi la plume de l'historien, du philosophe et du lettré ; car, pendant trente ans (1830 à 1860), il avait professé *au collège* la philosophie, en même temps que l'histoire naturelle ; un de ses mémoires a pour titre : *De l'éclectisme médical* (1830) ; un autre : *L'histoire et la philosophie dans ses rapports avec la médecine* (1863) ; un troisième : *Sur les progrès de la médecine* (1837). Nos lecteurs ont eu la faveur de lire ses études sur *les médecins au théâtre depuis Molière* et sur *la profession médicale il y a un siècle* (1881). On pourrait encore citer plusieurs travaux du même ordre que les précédents et même d'inédits, car il est à notre connaissance que les cartons de Saucerotte cachent au moins un roman philosophique. Ses travaux pratiques sont extrêmement nombreux, et attestent un grand sens de clinicien. Un de ceux qui ont été les plus remarqués, bien qu'il date de la jeunesse de l'auteur, est celui qui est relatif aux rapports de la névralgie avec le rhumatisme ; Besnier le cite avec éloge dans son remarquable article Rhumatisme du *Dictionnaire encyclopédique*. On doit enfin à Saucerotte un *Manuel d'hygiène des écoles, un Guide auprès des malades,* un *Tableau des races humaines,* etc.

Saucerotte était correspondant de l'Académie de médecine depuis 1834, et chevalier de la Légion d'honneur depuis 1866. Il laisse un fils, qui représente dignement son nom dans la science et dans la pratique. (*Gaz. hebdomadaire.*)

Cours de Pathologie et de Chirurgie de l'appareil urinaire. — M. le docteur Mallez commencera ce cours le jeudi 27 novembre, à huit heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

Projections photo-micrographiques d'anatomie pathologique.

Choléra et Variole. — La panique produite en France par le choléra donne quelque intérêt aux faits suivants : en 1854, à Bordeaux, lors d'une épidémie de choléra considérée comme grave, il y a eu 700 décès ; or, la variole de 1871, pour laquelle on ne fuyait pas, a fait dans la même ville 2,080 victimes.

A Lyon, pendant les mois de juillet, août et septembre, il y a eu 14 décès par choléra asiatique ou nostras, et autant de décès par cholérine chez les adultes. L'émoi fut grand dans la population, et des mesures de tout genre furent prises pour empêcher l'invasion du fléau. On créa même un hôpital pour recevoir les cholériques.

A ce moment, la ville venait de payer un tribut autrement onéreux à la variole, qui en moins d'un an avait occasionné 306 décès. (*Lyon médical.*)

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs

Sommaire

Plaie et suture des tendons fléchisseurs de l'index dans leur gaine digitale.

Le chapitre des plaies tendineuses est un des plus intéressants de la chirurgie réparatrice. La suture, appliquée à ces traumatismes, est un moyen d'ancienne date, discuté par les vieux chirurgiens, tombé en désuétude, remis en honneur depuis quelques années. Je ne veux pas en recommencer l'histoire, ni passer en revue les procédés et les modes de pansement ; mon but est de faire connaître un exemple heureux de réparation fonctionnelle, à la suite d'une section tendineuse de siège et de forme insolites.

Les tendons fléchisseurs de l'index avaient été coupés dans leur gaine digitale. Or, cette blessure isolée paraît infiniment rare. On trouve en abondance les plaies dorsales de la main ou des doigts et les sutures des tendons extenseurs en un point quelconque de leur trajet ; telles sont les observations présentées à la Société de chirurgie par Tillaux, Duplay, Terrier, Notta (*Bull.*, 1875 et 1876), et presque tous les faits contenus dans la thèse de Rochas (*De la suture des tendons*, Paris, 1877). Les fléchisseurs n'y figurent qu'en petit nombre, et c'est toujours au poignet qu'ils sont intéressés, avec ou sans lésion des artères et des troncs nerveux ; ainsi les observations de Le Fort, D. Mollière (*ibid.*). Quand les tendons palmaires sont endommagés dans leur coulisse fibreuse, c'est en général un panaris profond, une suppuration de la gaine qui les exfolie, et le désordre est assez grave pour empêcher toute réparation ; s'il y a traumatisme, c'est une plaie contuse, un écrasement qui intéresse en même temps les os, enlève ou compromet une portion du doigt, oblige d'abord à ne rien faire et plus tard à faire ce qu'on peut, où disparaît enfin la lésion tendineuse au milieu des complications qui l'entourent. Mais la section des fléchisseurs en un point de la gaine digitale, respectant les autres parties, faisant du doigt un appendice inerte, et plus ou moins bien restaurée par notre intervention, voilà un fait qui paraît inconnu dans la littérature médicale.

Nos aînés s'occupaient d'autre chose ; les discuteurs entêtés qui ont fait l'ornement d'une génération à peine éteinte aujourd'hui, se passionnaient pour la rétraction des fléchisseurs et l'extension des doigts par la ténotomie (*Acad. de méd.*, 1842). Mais l'inverse, la flexion rendue avec une attitude commode et une mobilité suffisante par la réunion des bouts divisés dans la coulisse fibreuse, on n'a rien vu de semblable, à en juger par le silence des auteurs. Il serait cependant bien étrange que pareille blessure ne se fût jamais rencontrée ; mais la chirurgie, sans doute, ne s'en est pas tirée à son honneur, ou même elle n'a rien tenté, par peur de la gaine synoviale. C'était l'opinion, avant l'antisepsie, que la suture en pleine gaine est suivie d'insuccès et de complications graves ; et voilà pourquoi nous manquons d'observations publiées. J'ai inutilement feuilleté, pour trouver des cas de ce genre, nos recueils bibliographiques, l'*Index medicus*, les livres de chirurgie et les dictionnaires.

Le récit qu'on va lire doit une partie de son intérêt à cette pénurie de matériaux. Il vient combler une lacune et donner, à mon sens, un bon exemple à suivre.

Armandine C..., 19 ans (hôpital Saint-Louis, salle Denonvilliers, n° 72), s'est blessée avec un éclat de verre, le 28 août 1884, à la face palmaire

de l'index gauche. La plaie, qui n'a pas saigné, s'est réunie par première intention.

Cette jeune fille entre à l'hôpital avec un doigt dont les deux dernières phalanges, étendues et inertes, la gênent pour travailler. Leur flexion spontanée est impossible, malgré l'intégrité des articulations; celle de la première phalange est seule conservée. En d'autres termes, l'action des interosseux persiste, mais celle des fléchisseurs est totalement supprimée; il faut que les deux tendons aient été sectionnés dans la coulisse fibreuse. En effet, je trouve une petite plaie transversale, bien cicatrisée, assez courte pour n'avoir pas atteint les artères collatérales, et située dans la moitié supérieure de la phalangine, précisément au-dessus de la division du fléchisseur superficiel en deux languettes, c'est-à-dire au seul point de cette phalange où puissent être coupés les deux tendons à la fois.

Quand les chirurgiens disent qu'il vaut mieux sacrifier le doigt que de conserver un appendice inutile et mal planté, ils ont en vue les doigts enraidis dans une mauvaise position, comme il arrive à la suite des suppurations et des plaies contuses, comme il arriverait à la longue après une simple section tendineuse. Mais, ici, les parties étaient saines, il n'y avait ni raideur ni attitude permanente; tout se réduisait à l'inertie des deux phalanges par la désinsertion de leurs fléchisseurs. Il eût été excessif de mutiler cette main; et, comme la gêne causée par le doigt blessé n'était pas extrême, il valait mieux ne rien faire que de songer à l'amputation.

Cependant, la jeune fille réclamait instamment le secours de la chirurgie. Aussi, après m'être assuré qu'on ne trouvait pas dans les auteurs un type de blessure identique à celui-ci, pensai-je à la suture pour les raisons suivantes :

J'ai le droit d'ouvrir la gaine pour chercher les bouts tendineux, car une opération aseptique ne sera pas suivie des accidents phlegmoneux dont on avait peur autrefois.

D'autre part, l'opération est plus délicate ici qu'à la région dorsale, et je puis avoir un insuccès. Mais si la suture échoue, si les bouts s'abandonnent, la situation n'en sera pas aggravée; les fonctions du doigt sont aussi mauvaises aujourd'hui qu'elles le seront alors.

Enfin, je puis réussir à souder les tendons. Qu'en résultera-t-il, et quelle restauration ai-je le droit d'espérer? Si tout marche à souhait, les deux bouts supérieurs plus ou moins rétractés seront attirés en bas et viendront s'unir au bout inférieur inséré à la phalangette. Mais, pour les saisir et les coudre, j'aurai incisé la gaine de bas en haut et maintenu dans la demi-flexion toutes les articulations phalangiennes. Par la destruction de la gaine, les tendons plongés dans le tissu cellulaire adhéreront à la peau. Il en résultera une attitude permanente, une forme légèrement arrondie, si j'ai placé le doigt dans un appareil bien fait. Alors, par l'action des interosseux sur la première phalange, l'index demi-fléchi pourra toucher le creux palmaire à peu près comme ses voisins; de plus, il viendra au devant du pouce de manière à saisir les objets, c'est-à-dire qu'à part l'extension complète il aura recouvré la majeure partie de ses fonctions.

La pierre d'achopement, si l'on cherchait une restauration parfaite, c'est la suppression de la gaine et l'adhérence nécessaire à la peau ; car il n'est pas probable qu'on puisse jamais triompher de cette adhérence et faire glisser les tendons. Mais dans quelle mesure faudra-t-il ouvrir la gaine pour trouver les bouts rétractés ? Si l'incision n'est pas très longue, pourra-t-on réunir ses deux lèvres et refaire une coulisse tendineuse qui prévienne l'adhérence aux téguments ? C'est l'expérience qui nous l'apprendra.

L'opération est faite le 12 septembre. Incision suivant l'axe du doigt, sur toute la face antérieure de la phalangine, et recherche du bout inférieur appartenant au fléchisseur profond. Il adhère à l'os par des liens fibro-

celluleux, bien au-dessous de la plaie des téguments et près de l'articulation avec la phalangette, preuve que le doigt était fléchi quand il fut blessé. Recherche des bouts supérieurs : la gaine, incisée de bas en haut, est vide jusqu'à la base du doigt ; enfin les tendons apparaissent, immédiatement au-dessus du premier pli palmaire de l'index, à 4 cent. environ du bout inférieur. Je me demande alors ce que vaut le fameux repli synovial devenu célèbre par les emportements académiques de 1842, ce repli qui unit les tendons entre eux, les attache l'un et l'autre aux phalanges, et qui après la ténotomie « s'opposera dans tous les cas à un écartement trop considérable du bout supérieur, de telle sorte que, dans le cas même où la réunion des extrémités tendineuses avorterait, la flexion de la deuxième phalange n'en resterait pas moins assurée » (Richet, *Anat. chirurg.*). Chez mon opérée, la deuxième phalange était inerte et les bouts rétractés au maximum ; et cependant, la blessure était bien limitée, sans désordres, et l'instrument le mieux dirigé n'eût pas fait la ténotomie avec plus de précision.

Je saisis les tendons avec une pince et j'arrive à les mettre en contact avec le bout inférieur, mais à la condition de fléchir le doigt ; et encore, celui-ci faisant un arc, ils en représentent la corde et refusent de s'appliquer sur la face antérieure des phalanges. Pour les obliger tant bien que mal à suivre la courbe du doigt, il faut en outre fléchir le poignet.

Dans ces conditions, impossible de reconstituer la gaine, dont les deux lambeaux semblent à peine suffisants pour se joindre sur la ligne médiane, en admettant qu'on ne leur donnât rien à contenir. Il faut donc se résigner à la suppression de la coulisse fibreuse ; le tendon sera recouvert par les téguments.

J'entreprends la suture, après un avivement très limité des bouts tendineux. J'ignore si l'avivement était bien utile, car les auteurs ne s'accordent pas sur ce point, mais il me semble que des surfaces neuves, même de tissu fibreux, doivent se réunir plus volontiers. Je passe un fil de soie phéniquée dans les deux bouts supérieurs accolés, puis dans le bout inférieur, à deux millimètres de leur section ; je n'affronte pas encore, et pendant l'extension du doigt je place une série de crins de Florence dans les deux lèvres de l'incision cutanée. Alors seulement je rapproche les bouts tendineux en serrant le fil de soie, toutes les articulations étant demi-fléchies ; et dans cette position incommode, je noue les crins de Florence. Les téguments se rapprochent sans difficulté, grâce à la flexion du poignet qui relâche les tendons dans une certaine mesure.

Un tube debout, très court, est mis à la base du doigt. Je n'ai pas fait usage de la bande d'Esmarch ; il n'y a pas eu d'écoulement sanguin notable. Le pansement de Lister est appliqué rigoureusement, et une attelle plâtrée tient la main fléchie dans toutes ses articulations.

Du 12 au 20 novembre, tout marche bien, sans douleur ni fièvre ; le pansement, deux fois renouvelé, montre une plaie réunie, sans tuméfaction ni rougeur ; le 20, les crains de Florence et le drain sont enlevés. Malheureusement, la malade indocile quitte l'hôpital en dépit de nos conseils, et vient se montrer tous les deux jours ; pendant qu'elle échappe ainsi à notre surveillance, la plaie se désunit partiellement, un tendon (un seul peut-être) s'exfolie et s'élimine par lambeaux, mais dans une étendue fort limitée, à peine la hauteur de la phalangine. La suppuration est très minime, et la majeure partie de la plaie reste unie par première intention. Enfin, le 15 octobre, la cicatrice est achevée et le résultat définitif ; le voici en quelques mots :

Le doigt est dans une demi-flexion permanente et légèrement courbé sur la face palmaire, attitude qui n'a rien d'excessif. Quand la main se ferme, il suit à peu près les autres doigts. En effet, la première phalange est fléchie par les interosseux ; la seconde l'est faiblement par le tendon, qui

adhère peut-être à l'os lui-même, en tous cas à la peau; l'attitude semi-fléchie fait le reste. En outre, le pouce et le doigt viennent au contact par leur extrémité et saisissent facilement les objets, ce qui est d'une importance capitale. J'ai obtenu en somme une attitude commode et un léger mouvement de la phalangine, qui vient s'ajouter à l'attitude permanente et à l'action des interosseux pour donner une flexion suffisante et rétablir les fonctions dans une large mesure, au point que la jeune fille n'en demande pas davantage et s'applaudit de notre intervention. La suture parfaitement réussie et les deux bouts supérieurs unis à la phalangette sans exfoliation partielle, m'auraient donné sensiblement le même résultat.

Je ne crois pas qu'on fasse jamais beaucoup mieux par une suture qui a pour condition la suppression de la gaine des fléchisseurs; car le tissu cellulaire est ici tout autre qu'à la région dorsale, et je doute qu'on puisse, même avec une réunion sans défauts, garder ou rendre au tendon sa mobilité parfaite. Quoi qu'il en soit, l'histoire de mon opérée autorise les conclusions suivantes :

La suture des tendons fléchisseurs dans leur gaine digitale est une opération permise et une bonne opération. Avec la méthode antiseptique, elle n'offre pas les dangers qui ont fait proscrire la suture des tendons entourés d'une gaine synoviale. Malgré les conditions anatomiques qui l'empêchent de fournir des résultats parfaits, nous pouvons grâce à elle faire d'un appendice inerte et gênant un doigt utile et fonctionnant bien. C'est une preuve nouvelle de l'excellence des sutures tendineuses; c'est, en même temps, un fait jusqu'ici méconnu et qui vaut la peine d'être ajouté à leur histoire clinique.

L.-G. Richelot.

Du seigle ergoté en obstétrique.

A la dernière séance de la « Naturforscher Versammlung », Schatz, après avoir exposé le résultat de ses observations sur la contraction utérine pendant le travail, émet les opinions suivantes sur l'ergot de seigle.

Pour lui, le seigle ergoté est un médicament précieux et très efficace qu'on peut employer avec succès, même pendant le travail, pourvu que la préparation soit bonne, que le dosage et l'application soient justes. Le meilleur mode d'administration se ferait sous forme de poudres fraîches, mais les huiles éthérées rendent son emploi impossible. L'auteur a fait préparer un extrait fluide, qui peut être conservé un an sans s'altérer et sans perdre de son efficacité.

C'est une erreur, ajoute Schatz, que de croire que le seigle ergoté provoque des spasmes utérins. Il active et accélère simplement les contractions. Sous son influence, on ne voit en aucune façon se développer une contraction pathologique de l'utérus, mais bien une contraction physiologique. Quand les doses sont trop fortes, les douleurs se suivent sans intervalle; mais, à petites doses, ces douleurs sont assez espacées.

Schatz a administré son extrait fluide à la dose de 12 gouttes, ce qui représente environ un demi-gramme de seigle ergoté. Il ne faut pas aller plus loin. L'action du médicament se manifeste après un quart d'heure environ.

Les doses exagérées sont fort à craindre, car elles ne peuvent être contrebalancées par l'emploi de la morphine ou du chloroforme.

L'opinion de Schatz est-elle purement personnelle, ou est-elle partagée par un assez grand nombre d'accoucheurs allemands? C'est ce qu'on ne peut encore savoir. Mais nous ne saurions trop nous élever ici contre les conseils donnés par l'auteur allemand.

En lisant cette communication, on se croirait transporté plusieurs années en arrière, à l'époque où l'ergot de seigle constituait une sorte de panacée obstétricale, qu'on administrait sous le moindre prétexte.

Schatz n'a-t-il donc en aucune façon suivi l'opinion française de ces derniers temps à l'égard de ce médicament?

Sous l'impulsion des professeurs Pajot et Tarnier, l'ergot de seigle a perdu de jour en jour du terrain. On l'a d'abord prohibé, tant que le fœtus était dans l'intérieur de la cavité utérine, et bientôt enfin tant que le délivre lui-même n'était pas expulsé.

Ne jamais donner de seigle ergoté tant que l'utérus contient quelque chose, est devenu la règle qui nous guide dans l'emploi de ce médicament.

Dans ces derniers temps, et le mouvement semble être venu de l'Allemagne, le prestige de l'ergot de seigle a été aussi considérablement affaibli pour le traitement des hémorrhagies de la délivrance consécutives à l'expulsion du placenta. Les injections d'eau chaude (50°), faites sur le col utérin et aussi dans la cavité utérine, ont une action merveilleuse sur la contraction de l'utérus, supérieure comme intensité et comme rapidité à celle fournie par le seigle ergoté; aussi, vu la simplicité du moyen, son innocuité, y a-t-on recours de préférence à l'ergot de seigle. A la Maternité de Paris, dans le service du professeur Tarnier, depuis plus d'un an, l'usage de l'ergotinine, qui était alors la préparation employée, a disparu; les injections d'eau chaude suffisent toujours.

Comme on le voit, nous sommes loin des idées de Schatz, qui, nous le répétons, au lieu de constituer un progrès, nous semblent être un pas en arrière.

AUVARD.

BIBLIOTHÈQUE

CLINIQUE MÉDICALE, tome III. — TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE OU DOTHIÉNENTÉRIQUE, par Noël GUENEAU DE MUSSY, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine, etc. (Grand in-8° de 736 pages. Paris, 1884. Chez Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.)

Dans l'analyse que nous avions déjà l'honneur de faire en 1875 sur les deux premiers volumes de clinique médicale, nous disions que les leçons d'un maître éminent entre tous résumaient une vie glorieusement honorée par le travail, la science et les découvertes, et qu'elles seraient consultées avec le plus grand fruit par tous les praticiens vraiment dignes de ce nom. Il ne fallait pas être malin prophète pour prédire le grand et légitime succès que ces deux volumes devaient promptement obtenir; il est encore plus facile aujourd'hui de consulter l'avenir au sujet du 3e volume de clinique médicale, consacré tout entier à l'étude de la fièvre typhoïde, que M. Noël Gueneau de Mussy vient de faire paraître. Ce livre est déjà dans toutes les mains, et dès son apparition qui date de plusieurs mois, il n'y a eu qu'une voix pour proclamer la haute portée pratique d'une œuvre destinée certainement à faire époque dans la science.

Le travail est divisé en deux parties: la première comprend une étude complète de l'*étiologie de la fièvre typhoïde*, étude fort importante qui a été déjà publiée en grande partie il y a quelques années et au sujet de laquelle une analyse, faite par nous dans ce journal à cette époque (voyez *Union médicale* 1874), a montré les progrès considérables dont l'hygiène et la prophylaxie pourraient bénéficier. Sans doute, l'hygiène demande encore bien des réformes pour combattre la fièvre typhoïde, « la plus meurtrière des maladies aiguës »; mais si elle a fait disparaître les fièvres intermittentes endémiques à Londres du temps de Sydenham, elle peut, par l'observance des mesures prophylactiques, atténuer et même éteindre les épidémies dothiénentériques.

La seconde partie qui comprend près de 600 pages est consacrée à l'étude de l'anatomie pathologique, des symptômes, des complications, du diagnostic, du pronostic et du traitement de la fièvre typhoïde.

Après un historique complet et une étude générale sur la théorie de cette maladie, M. Gueneau de Mussy en fixe les périodes et la marche. Il distingue cinq périodes dans son évolution: une période d'incubation qui comprend la période prodromique ou propyrétique; une seconde période d'évolution complète ou d'état; la troisième, ou période critique; la quatrième, de terminaison; et la cinquième, de convalescence. Cette division a le mérite d'être absolument clinique, elle est de beaucoup préférable à celle qui, proposée par Hamernyk, a été acceptée à tort par quelques médecins français, et qui consiste, comme on le sait, à séparer la fièvre typhoïde en deux stades dont le premier correspond à l'évolution des lésions dothiénentériques et le second à leur réparation. Cette distinction est purement théorique au lit du malade, puisqu'aucun symptôme ne peut traduire d'une façon indéniable l'état d'un processus intérieur qui échappe à notre observation.

Après avoir étudié complètement les formes de la maladie (formes bénignes, typhus ambulatorius; formes muqueuses, ataxiques, adynamiques; formes fondées sur la prédominance des localisations; formes complexes dues à l'intervention d'un autre prin-

cipe infectieux ou à l'influence d'une épidémie régnante; fièvres typhoïdes chez les enfants et les vieillards; fièvres prolongées et à rechutes), l'auteur consacre un chapitre des plus intéressants à la physiologie pathologique et arrive à ces deux conclusions très importantes au point de vue pratique, conclusions que l'on peut ainsi résumer :

1° Il faut faire, dans l'évolution de la maladie, une part non seulement à l'action du poison infectieux, mais aussi aux déchets du travail dénutritif qui, par leur accumulation dans le sang, peuvent devenir une cause d'intoxication secondaire;

2° L'hyperthermie est la mesure et non la cause de la gravité de la maladie, et, comme elle peut devenir à son tour un coefficient de troubles fonctionnels, elle doit être combattue par tous les moyens thérapeutiques à notre disposition.

Les chapitres suivants passent en revue : *les troubles et les lésions de la nutrition* (dégénérescence granulo-graisseuse, dégénérescence céroïde); *les troubles des fonctions digestives* (appétit, soif, état du pharynx, de l'œsophage, des gencives, des dents et de la langue; vomissements, diarrhée, perforations intestinales, lésions de l'estomac, de l'intestin, du foie et de la rate; hémorrhagies intestinales, etc.); *les troubles et lésions du système nerveux* (céphalalgie, vertiges, hyperesthésies; troubles des sens et de l'intelligence; troubles et lésions du cerveau et de la moelle; paralysies et convulsions); *les troubles et lésions de l'appareil respiratoire* (bronchites, dilatation des bronches, adénopathie trachéo-bronchique; congestions, inflammations, infarctus hémorrhagiques, gangrène des poumons, emphysème, pleurésies; lésions du larynx); *les troubles fonctionnels du tégument externe; les troubles et lésions de l'appareil génito-urinaire* (caractères des urines, albuminurie; lésions des reins, de la vessie, de l'urèthre; œdèmes du scrotum et des petites lèvres, orchites; gangrènes du testicule et du pénis; troubles des fonctions menstruelles, etc.).

Les complications qui n'ont pas trouvé place dans les chapitres précédents, parce qu'elles ne sont pas produites directement par l'infection dothiénentérique, sont envisagées comme des accidents, au développement desquels la maladie a créé un terrain favorable dans l'organisme. Parmi elles, il faut citer : les hydropisies, les œdèmes symptomatiques de lésions organiques (affections cardiaques, affections rénales, œdèmes de causes locales), la pyohémie, la diphthérie, les périostites, l'influence de la dothiénentérie sur la tuberculose.

Telle est l'énumération sommaire des matériaux considérables contenus dans ce volume, qui renferme d'autres chapitres très importants au point de vue pratique, sur le diagnostic, le pronostic et le traitement de cette maladie. Sous la plume d'un clinicien éminent, la thérapeutique devait recevoir des développements considérables; aussi l'on peut dire qu'à ce dernier point de vue, l'étude des médications dans la fièvre typhoïde forme la monographie la plus complète, la plus instructive que nous possédions. Dans ces pages, on ne sait ce que l'on doit le plus admirer, des idées élevées, des grands principes de therapeutique générale qui guident toujours l'auteur, ou du soin méticuleux avec lequel sont étudiées toutes les applications de l'hygiène et de la médecine préventive. La prophylaxie devient une mesure presque sociale dans un pays comme le nôtre, où « le système des vidanges est sauvage », où l'atmosphère des cabinets d'aisances mal ventilés communique trop souvent avec l'intérieur de nos maisons où les égouts, réceptacles d'un très grand nombre de latrines, deviennent de véritables cloaques d'où s'échappent à chaque instant des émanations délétères dans l'air de nos rues, où l'eau potable est souillée à chaque instant par les déjections des typhoïdiques.

M. Gueneau de Mussy démontre avec vigueur que si la question des égouts et des vidanges a une très grande importance au point de vue de la prophylaxie, celle des eaux potables doit éveiller toute notre vigilance, et c'est ainsi qu'on devrait assurer à Paris des ressources suffisantes pour qu'on ne soit jamais obligé de faire boire l'eau de la Seine ni celle du canal de l'Ourq toute remplie de matières organiques. Il faut instruire le pauvre comme le riche dans les précautions à prendre pour atténuer les dangers d'une épidémie. Car « il y a une solidarité intime, au point de vue sanitaire, entre tous les habitants; ce germe morbigène qui se développe dans le coin d'une cité, peut par les eaux, par les voies souterraines, par mille moyens de propagation, se répandre au loin et faire un grand nombre de victimes. Dès qu'il se manifeste, l'intérêt général commande aussi impérieusement au moins de chercher à le détruire dans son foyer primitif, qu'il commande d'éteindre un incendie dans la crainte qu'il ne se communique aux habitations voisines et n'étende au loin ses ravages. »

Après avoir insisté sur tous les principes d'hygiène sociale si importants à connaître pour prévenir ou combattre les épidémies, l'éminent clinicien consacre à l'hygiène, au régime des dothiénentériques, des développements aussi complets que possible; car il est de ceux qui pensent avec Trousseau qu'il n'y a pas de petits détails pour la théra-

peutique. Puis, toutes les médications sont passées en revue et scientifiquement discutées : la méthode des évacuants, au sujet de laquelle l'auteur dit si judicieusement avec Chomel que l'emploi systématique des purgatifs est irrationnel et dangereux; la méthode antithermique dont l'exposition et la discussion devront être consultées avec la plus grande utilité par tout praticien désireux de connaître enfin les indications et les contre-indications du traitement par l'eau froide ou psychrothérapie (ψυχρὸς, froid et θεραπεία, traitement) ; les sels de quinine, la digitale, le café et le thé, la caféine, le veratrum viride, l'aconitine, la résorcine, la kairine, l'acide salicylique et les salicylates, l'acide phénique et ses composés, etc., etc.

Enfin, comme il n'y a pas de spécifique contre la fièvre typhoïde, et que « nous ne pouvons pas atteindre directement le principe infectieux quand il s'est emparé de l'organisme », la médication des symptômes et des complications acquiert une importance capitale qui nous est grandement démontrée par le soin avec lequel l'auteur étudie toutes les indications du traitement à diriger contre les symptômes prédominants.

N'avions-nous pas raison de dire au commencement de cet article, que ce livre avait une haute portée pratique, et que, écrit par un homme éminent qui regarde à si bon droit la thérapeutique comme le but de la médecine, il était appelé au plus grand succès auprès du public médical? Les élèves et les praticiens puiseront dans cet ouvrage de précieux enseignements; les savants et les maîtres s'instruiront encore à la lecture de ces pages où la clarté et la vigueur du style le disputent à l'analyse si exacte des faits; tous diront avec nous que ce livre ajoute encore à la gloire de la médecine française, et que celui qui l'a écrit et si longtemps médité a bien mérité de la science et de l'humanité.

Henri HUCHARD.

REVUE DES JOURNAUX

De l'emploi du nitrite d'amyle à l'intérieur, par DIXON. — L'auteur en a fait l'essai pour abaisser la tension artérielle et en particulier dans le cours de l'angine de poitrine. Dans un cas, les phénomènes angineux étaient nocturnes et accompagnaient un souffle mitral et systolique; dans un autre, un bruit systolique et aortique, et, dans un troisième cas, des palpitations cardiaques sans lésions organiques. La dose quotidienne était de 2 nummos et demi, répété trois fois jusqu'à ce que l'effet soit obtenu. Plus tard, une seule dose chaque nuit était suffisante. (*Brit. med. Journal,* 1er juillet 1884, page 147.) — C. L. D.

Note relative à l'action physiologique de la paraldéhyde, par J.-L. PRÉVOST. — Dans une série de recherches sur les animaux à sang froid et sur les mammifères, cet observateur est arrivé à des conclusions différentes de celles qu'obtenaient ses prédécesseurs.

Sous forme de solution, en injections sous-cutanées ou bien intra-veineuses, la paraldéhyde produit une anesthésie que M. Prévost compare à celle du chloral; les réflexes persistent plus longtemps que dans la chloralisation et la disparition des réflexes tendineux indique la gravité de l'empoisonnement. La mort survient alors par paralysie des centres respiratoires. Ces expériences confirment les observations antérieures au point de vue thérapeutique, en montrant que, si la paraldéhyde est un hypnotique, elle ne peut servir à l'anesthésie chirurgicale. (*Revue médicale de la Suisse romande,* 15 octobre 1884, p. 577.) — C. L. D.

De l'hazeline comme agent d'hémostase, par J. GUNNING. — Cet observateur en a fait usage dans les deux cas suivants : Le premier est celui d'une jeune fille atteinte de ménorrhagie rebelle aux médicaments usuels : ergot, acide gallique et acide sulfurique. Sous l'influence d'une dose d'une demi-drachme d'hazeline de quatre en quatre heures, l'hémorrhagie cessa.

Dans le second cas, il s'agissait d'une blessure du pouce, donnant lieu à une hémorrhagie rebelle. M. Gunning appliqua sur la plaie une compresse imbibée d'hazeline, après l'avoir lotionnée avec une solution aqueuse de cette substance. L'hémostase fut définitive et la cicatrisation rapide. (*The British medical Journal,* 11 oct. 1884, p. 712.) Ces faits confirment les résultats annoncés dernièrement dans une discussion de la Société thérapeutique sur les propriétés de l'*Hamamelis Virginica*, végétal dont l'hazeline est une préparation. — C. L. D.

THÉRAPEUTIQUE

De la Créosote de hêtre associée au baume de tolu et au goudron de Norwège.

La *Créosote de hêtre* a été découverte par Reichenbach, chimiste, de Blansko, en Moravie. C'est un produit pyrogéné, dont la composition est : 76,2 de carbone, 7,8 d'hydrogène, 16 d'oxygène; son nom vient de κρέας chair, et σώζω, je conserve. Cette heureuse étymologie, suggérée par sa propriété essentielle, nous indique l'action qu'elle exerce dans le traitement de toutes les affections de la poitrine et des voies respiratoires.

Les remarquables travaux des docteurs Bouchard, Gimbert, etc., ont affirmé sa haute valeur thérapeutique, qui n'est plus discutée aujourd'hui.

La créosote se présente sous l'aspect d'un liquide incolore, oléagineux, presque insoluble dans l'eau, mais soluble dans l'alcool, l'éther acétique et les huiles essentielles. On la retire du goudron de bois et du goudron de houille.

La composition de la créosote en révèle naturellement les propriétés; elle coagule l'albumine et constitue l'une des substances les plus antiseptiques et les plus antifermentescibles. Elle tue avec une rapidité surprenante les organismes inférieurs. Le seul défaut de ce médicament, c'est d'être mal toléré par certains tempéraments, de causer des nausées, des vomissements, et, dans tous les cas, des renvois, qui obligeaient à en suspendre l'emploi. Il fallait trouver une substance qu'on pût lui adjoindre pour faire disparaître ces inconvénients. Des travaux importants ont fixé le choix sur le *Baume de Tolu,* qui présente, pour cet usage, des avantages particuliers.

Tous nos lecteurs connaissent la couleur jaune et l'odeur balsamique et agréable de ce baume, obtenu par l'incision de l'écorce du *Myrospermum Toluiferum,* plante de l'Amérique méridionale. Tous aussi savent que ces substances résineuses renferment soit de l'acide benzoïque, soit de l'acide cinnamique, qui leur assurent des propriétés antispasmodiques et anticatarrhales très énergiques.

De toute antiquité, les baumes balsamiques étaient employés avec succès dans le traitement des phlegmasies chroniques, qui ne pouvaient supporter l'usage des térébenthines.

Le baume de Tolu, dont la découverte remonte au delà de Dioscoride, était, dès cette époque, employé au traitement de tous les flux muqueux, des maladies chroniques du poumon, catarrhales et nerveuses, ainsi que dans les affections du larynx produisant l'enrouement et l'extinction de la voix, *raucedines* et *aphoniæ*, et même dans la phthisie tuberculeuse. Morton s'exprime en ces termes au sujet d'une préparation pilulaire composée, en majeure partie, de baume de Tolu : *Istæ pilulæ, in scorbuticorum et scrofulorum lentâ phthisi (quæ quidem sunt frequentissimæ phthisies), ubi febris (si ulla est) est admodum mitis, et exsputum phlegma quadamtenus glutinosum, asthmaticorum ritu, curationem non tantùm in principio morbi, verùm etiam in progressu insigniter promovent.*

La réputation du baume de Tolu est bien établie, et il nous a suffi de rappeler ces anciens travaux pour indiquer que nous n'avons pas affaire ici à une de ces préparations dont l'efficacité est aussi passagère que la vogue, mais à un bon produit de vieille renommée.

En ajoutant le *goudron de Norwège* à ces deux substances d'une activité si incontestable et si universellement reconnue, on arrive à composer un médicament d'un effet sûr et d'une puissance toute nouvelle, qui peut s'apprécier par celle de ses éléments.

Le goudron végétal (*pix liquida*) du groupe des térébenthinés s'obtient par la distillation des bois de pin qui ne donnent plus de térébenthine. Il se présente sous la forme d'une masse demi-fluide (de consistance sirupeuse), de couleur brune, d'une odeur empyreumatique, d'une saveur âcre.

C'est un mélange complexe de résine et d'une huile essentielle empyreumatique qui s'est formée, en partie, par l'action du feu sur la résine ; il contient aussi du charbon.

Au double point de vue physiologique et thérapeutique, le goudron produit des effets qui se rapprochent de ceux de la térébenthine: mais comme cette dernière, il n'est pas contre-indiqué par les éléments fièvre et congestion inflammatoire.

Il est employé avec grand succès, depuis un temps immémorial, dans les affections des voies respiratoires, en raison des heureuses modifications qu'il apporte sur la muqueuse trachéo-bronchique.

L'hydrolé de goudron a reçu, dans ces derniers temps, de nombreuses applications, grâce aux préceptes de préparation si bien établis par Guibourt, Lefort, Soubeiran, Magne-Lahens, Mignot, Jeannel et nombre d'autres savants.

Après de nombreuses expériences, nous nous sommes arrêtés à une formule, d'après laquelle nous avons fait préparer de petites capsules ovoïdes par MM. Trouette-Perret, pharmaciens à Paris.

Chaque capsule doit contenir :

5 centigrammes de créosote pure de hêtre ;

7 centigrammes 1/2 de goudron purifié de Norwège ;

7 centigrammes 1/2 de baume de Tolu.

Ces capsules, appelées par leur auteur *Gouttes Livoniennes de Trouette-Perret*, doivent être employées aux doses suivantes :

Dans les cas où la maladie a peu de gravité, et, si l'on ne veut qu'un moyen prophylactique, deux capsules le matin et deux le soir peuvent suffire ; mais il n'y a aucun inconvénient à porter plus haut les doses.

Dans les cas plus graves, on commencera par quatre capsules le matin et quatre le soir, et on augmentera la dose de manière à arriver à douze capsules par jour, en graduant suivant l'état de la maladie et l'effet que l'on désire obtenir.

Il est indispensable, chaque fois que l'on aura pris de ces capsules, d'avaler un quart de verre d'un liquide quelconque : eau, lait, vin, thé léger ou tisane froide ou chaude ; le mieux est de les prendre en mangeant, moitié au déjeuner et moitié au dîner.

Lorsque les *Gouttes Livoniennes* auront rétabli la santé, il sera bon de ne point en abandonner brusquement l'usage, et, dans tous les cas, de s'y remettre une quinzaine de jours au retour de l'hiver et notamment aux changements de saisons accompagnés de temps humides.

Dr E. Lasniée.

HYDROLOGIE THÉRAPEUTIQUE

LES DÉLICIEUSES DE VALS.

Un type d'eau minérale dite « de table ».

Au moment où la question des eaux potables, toujours à l'ordre du jour de l'hygiène, acquiert une actualité pour ainsi dire palpitante, nous sommes heureux de pouvoir revenir sur le chapitre des *Délicieuses*, ces remarquables sources, actuellement exploitées, avec le plus grand succès, dans le bassin de Vals. Le n° 1 de ces sources peut être considéré, à bon droit, comme le type de l'eau hygiénique et digestible par excellence. C'est, du reste, à la faveur seule du corps médical, et non grâce à l'artifice d'une publicité plus ou moins sonore, que la vente en bouteilles de cette excellente source a acquis, dans ces derniers temps, un développement si considérable...

L'intensité alcalimétrique n'est pour rien — il faut bien le dire — dans les propriétés alimentaires et hygiéniques de la Délicieuse n° 1. Son action reconstituante et régulatrice sur l'estomac et sur l'intestin tient surtout à une excitation tonique et sécrétoire qui s'étend, si l'on peut dire, sur tout l'acte digestif, et notamment sur la fonction gastro-hépatique, dont elle relève puissamment les aptitudes. Grâce à sa pureté, à l'heureux équilibre de ses constituants salins, à sa légèreté, due à son aération et à son acide carbonique naturel, la Délicieuse n° 1 exalte la nutrition, régularise les évacuations alvines et rince le filtre rénal. De cette action complexe et éminemment dynamique, résultent une assimilation sans reproche, une hématose complète et sans trouble.

Celui qui voudrait trouver dans la chimie la raison finale d'une action hygiéno-thérapique si heureuse perdrait, à coup sûr, son temps... Seule, l'expérience clinique, telle que peut la réaliser un médecin observateur, dans une grande clientèle (et notamment dans cette clientèle spéciale des gens du monde, dont la nutrition est toujours compromise « *bradytrophique* », comme le dit le professeur Bouchard) ; seule, une semblable expérience peut déceler la supériorité de telle eau de table sur telle autre : et Dieu sait si nous en avons aujourd'hui, des eaux de table ! Elles surgissent de toutes parts, plus ou moins *naturellement*, mais la qualité (là comme sur bien d'autres points) ne vaut, malheureusement, pas la quantité !...

Quoi qu'il en soit, l'analyse chimique nous éclaire aussi peu sur la nature intime et les qualités précises des eaux, que sur celles des sécrétions ou des virus. Carus n'avait-il pas raison, lorsqu'il comparait les eaux minérales à des émonctoires produits par la vie intérieure de la terre, et très analogues aux sécrétions animales ?...

Toutefois, l'action des Délicieuses de Vals est bien connue, et (on s'en souvient peut-être) nous l'avons élucidée ici récemment. C'est surtout le *n° 1* qui a une action élective

sur les muqueuses, et notamment sur celles de l'estomac et de l'intestin. Elle a de plus, lorsqu'elle est bue habituellement, une action sédative générale sur le système nerveux : c'est peut-être à la faveur de cette dernière action qu'elle arrête si complètement les vomissements dus à la gastralgie et ceux qu'on nomme les *incoercibles* de la grossesse. Dix observations que je possède, dont sept me sont personnelles, prouvent la sûreté et la rapidité de cette dernière et bien curieuse action.

La *Délicieuse n° 1*, limpide et incolore, d'une saveur agréablement piquante, n'altère pas la couleur du vin : quant au goût, elle améliore les vins les plus médiocres, et permet aux gastralgiques qui ne peuvent avaler une goutte de bordeaux sans éprouver de vives douleurs, l'ingestion régulière du vin, si utile à ce genre de malades, tous anémiques ou chlorotiques.

Une eau de table aussi précieuse devrait être recherchée également par ceux qui ont à cœur de prévenir une dyspepsie menaçante, qui veulent dégager leur foie, sujet à la congestion, et conjurer ainsi l'imminence morbide, soit que la gravelle biliaire se tienne prête à évoluer, soit que tout autre épisode pathologique de l'uricémie se manifeste, à l'état latent, dans une économie mal épurée de ses déchets organiques. En un mot, Vals (Délicieuse n° 1) n'agit point seulement sur la digestion proprement dite. Elle assure encore, par voie d'absorption et par voie d'excrétion, l'intégrité de « *cette digestion secondaire, qui nourrit les tissus comme la digestion gastro-intestinale nourrit le sang* » (Bouloumié).

Enfin, à notre époque de déglobulisation et de *malaria urbana*, il est consolant pour le thérapeute de songer que nous avons, dans cette eau de table bien remarquable, une préparation tonique aussi riche et mieux tolérée que n'importe quelle préparation martiale. C'est, du moins, l'opinion émise sur ce sujet par le docteur Charvet, opinion éclairée par les succès d'une brillante carrière à Vals-les-Bains.

Dr POL. VERNON.

Nouveaux appareils de MM. Rainal frères.

MM. Rainal frères viennent d'imaginer deux petits appareils qui paraissent devoir rendre des services pour les pansements vaginaux. Le modèle fig. 1 est un appareil destiné à faire pénétrer les poudres dans la cavité vaginale. Il se compose : 1° d'une sphère en verre épais, contenant la poudre à pulvériser. Dans l'intérieur est disposé un tube recourbé muni de trous faisant l'office de tamis. Il a pour effet de modérer le jet du médicament ; 2° d'une soufflerie fixée sur un manche, ce qui permet un maniement facile de l'appareil. Il se termine par un tube recourbé destiné à être introduit dans un spéculum.

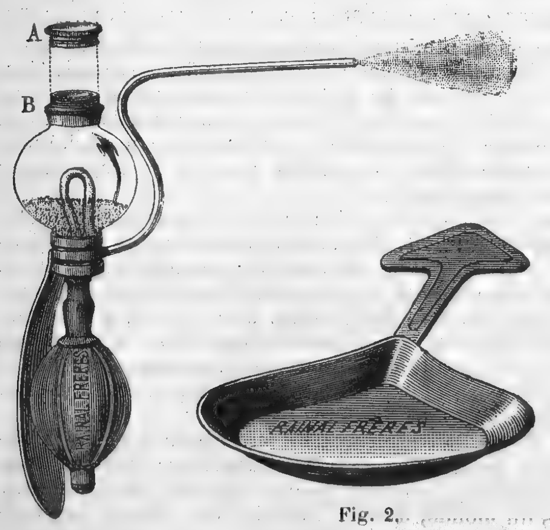


Fig. 1.
Fig. 2.

La disposition de cet appareil offre l'avantage de ne pas masquer l'entrée du spéculum. L'entretien de cet instrument est facile, la boule en verre pouvant être démontée et lavée.

Le modèle fig. 2 se compose d'une *cuvette* en cuivre très légère de forme triangulaire peu profonde, mais assez cependant pour recevoir les liquides après le lavage de la cavité vaginale. Ce bassin est évasé sur les côtés de façon à s'adapter exactement sous le périnée et la vulve. A une de ses extrémités est fixé un prolongement en T destiné à être posé sur le bord du fauteuil à spéculum. Les régions fessières de la malade le maintiennent en place pendant tout le temps nécessaire au pansement. Cela permet au médecin d'avoir les mains libres.

VARIÉTÉS

LES MÉDECINS DES PEAUX-ROUGES DE LA GUYANE FRANÇAISE

Un jeune et distingué médecin d'Amiens, M. Louis Lenoel, entretenait dernièrement ses collègues de la Société médicale de cette ville des faits qu'il avait observés pendant une mission officielle sur le territoire des Indiens de la Guyane française (1).

Les maladies sont communes parmi ces nombreuses peuplades sauvages ; les unes endémiques aux contrées tropicales; les autres, l'alcoolisme et la syphilis, importées par les émigrants ; une autre enfin, plus meurtrière encore, la présence même du blanc, au contact duquel « les hommes meurent jeunes, les femmes deviennent stériles ou avortent, « les enfants ne vivent pas ».

Le *piaï*, ou médecin de chaque tribu, est un personnage considérable : c'est l'homme des occasions solennelles. D'après M. Lenoel, on le consulte à la veille d'une guerre. La tête couverte d'une coiffure en osier ornée de plumes de couleur et surtout de plumes de perroquet, vêtu d'une tunique tissée avec les herbes des prairies, il tient à la main une perche que surmonte la carapace d'une tortue. « Le *piaï* sort de sa hutte, portant le « génie de la tribu. Le génie (*le goudou*) est un gros bonhomme en terre cuite, possesseur « d'un gros ventre qui aboutit par en haut à une énorme bouche, toute grande ouverte. « Le goudou porte les peintures et les tatouages de la tribu. »

« Le *piaï* remplit l'estomac du goudou avec des feuilles de tabac ; puis, après y avoir « mis le feu, il observe la direction et la forme des nuages qui vont s'élever et en con- « clut qu'il faut faire la paix ou la guerre. »

Auprès d'un malade, la même consultation est demandée au goudou. Celui-ci déclare « qu'il faut d'abord payer les honoraires du médecin » ; ensuite le traitement. Toutes ces indications sont données « par la direction et la forme de la fumée ».

Chez ces Indiens, l'étiologie des maladies se réduit à l'intervention d'un mauvais génie, un *pian* qui s'est introduit dans le corps du patient et la puissance du *piaï* consiste à l'en faire sortir au moyen de signes sur le sable ou dans l'air et d'incantations. L'administration d'infusions d'herbes concourt au même but, et parfois cette médication ne manque pas d'originalité, à preuve un malheureux diarrhéique que M. Lenoel vit manger tous les matins un lézard entier et à qui il ne put faire accepter un paquet de bismuth.

Néanmoins le *piaï* n'est pas un vulgaire sorcier; à côté de ces jongleries, il intervient plus activement contre certaines affections. La médication des fièvres intermittentes, par exemple, est plus sérieuse. Elle consiste à placer le malade sur un hamac sous lequel on brûle des herbes aromatiques et à provoquer une abondante transpiration. Sous l'influence de ces pratiques, M. Lenoel a vu des accès disparaître au bout d'une heure. On administre des macérations de quassia simarouba et, comme préservatif, l'écorce de palétuvier, dont on connaît la richesse en tannin.

Il est vrai que des pratiques diverses accompagnent l'emploi de ces médicaments : danses autour du malade, pirouettes du *piaï* et mouvements par lesquels il fait le simulacre de tirer la maladie hors du corps. Tous ces actes demandent apprentissage, de sorte qu'on ne devient *piai* qu'après une sorte de stage auprès d'un vieux *piai*.

L'aspirant *piai* se fait son esclave, et pourvoit auprès de lui à tous les soins domestiques. Après un temps variable, il subit la première épreuve qui consiste à supporter sans plainte l'application sur la figure d'un panier en osier dans lequel sont enfermées des guêpes.

Un cri de douleur suffit pour faire ajourner le candidat. Plus tard, il est soumis à d'autres épreuves : plaies diverses à la surface du corps, tatouages, etc. Vient enfin l'examen définitif : l'aspirant *piai* « doit faire un miracle, guérir un malade reconnu incu- « rable, ressusciter un mort, etc. » en présence de toute la tribu. Si le succès couronne cette épreuve, il est proclamé *piai*, médecin attitré et l'égal en puissance, sinon en fait, du chef de la tribu. — Il doit conserver le célibat, mais sans faire vœu de chasteté.

C. L. D.

(1) *Gazette médicale de Picardie*, p. 131, octobre 1884.

COURRIER

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Les jurys d'examens et de thèses pourront, s'ils le jugent convenable, d'après le résultat de l'examen, imposer aux candidats un ajournement dont la durée ne pourra être moindre de trois mois ni excéder un an.

Cette disposition est applicable à tous les examens, sauf à ceux de fin d'année, au premier examen de doctorat (nouveau régime) et à l'épreuve pratique de médecine opératoire.

Les candidats aux examens de fin d'année doivent se présenter au mois de juillet, à moins d'obtenir l'autorisation de se présenter à la session d'octobre-novembre. S'ils subissent un échec au mois de juillet, ils ont le droit de renouveler leur examen en octobre-novembre. S'ils sont refusés à cette nouvelle session ou s'ils ne se sont pas présentés, ils sont renvoyés au mois de juillet suivant, et le cours de leurs inscriptions est suspendu pendant l'année scolaire.

Les candidats au premier examen de doctorat (nouveau régime) doivent se présenter au mois de juillet ou au mois d'octobre à leur choix. Tout candidat qui n'aura pas subi avec succès ce premier examen à la session d'octobre-novembre, au plus tard, sera ajourné à la fin de l'année scolaire et ne pourra prendre aucune inscription pendant le cours de cette année.

Il est imposé aux candidats, refusés à l'épreuve pratique de médecine opératoire (deuxième examen de doctorat, ancien régime, et première partie du troisième examen, nouveau régime), un ajournement dont la durée ne peut être moindre de six semaines.

— M. le doyen reçoit les étudiants en médecine, tous les samedis, à trois heures, dans son cabinet, à l'entresol.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

Traitement de divers pleurétiques (1).

(Rhumatisants. — Enfants. — Vieillards. — Femmes enceintes et nourrices.)

Les partisans de la nature diathésique de toute pleurésie, attribuent au *rhumatisme* les pleurésies qui échappent à la suspicion d'être tuberculeuses.

On sait que les rhumatisants peuvent être atteints de plusieurs sortes de pleurésies. Pendant l'attaque aiguë, fébrile, ils peuvent en avoir une simple ou double, mobile, fugace et alternant parfois comme par une sorte de balancement avec les fluxions articulaires. Ils peuvent aussi en avoir en dehors de toute manifestation anthropathique.

Le regretté professeur Lasègue avait étudié avec prédilection les pleurésies, et notamment la pleurésie des rhumatisants. Malheureusement les idées qu'il dépensait si généreusement au lit des malades sont à peu près perdues pour ceux qui n'ont pas eu l'honneur et l'avantage de l'approcher; car elles ne nous sont parvenues que de seconde main dans les leçons publiées après sa mort. « La pleurésie n'est pas une maladie de la plèvre », tel est le début d'une de ses cliniques, dont l'authenticité nous est d'ailleurs garantie par la qualité de celui qui l'a recueillie, M. Faisans, aujourd'hui médecin des hôpitaux. Plus loin, on lit : « Cela revient à dire que toute pleurésie est secondaire... Plus on a fouillé dans la pathologie des séreuses, plus on s'est convaincu que ces membranes de revêtement, organes passifs par excellence, ne font que subir le contre-coup des altérations éprouvées par les parenchymes qu'elles recouvrent. »

« Au point de vue thérapeutique, ajoutait Lasègue, en pareille matière, la conduite du médecin dépend forcément de l'idée qu'il se fait de la succession et de la subordination des accidents : s'il croit que la séreuse a été primitivement atteinte, c'est elle qu'il doit viser dans sa médication ; dans le cas contraire, il doit s'adresser directement à l'organe qui lui paraît assumer la plus grande part de responsabilité. »

Lasègue divisait donc les pleurésies en pleurésie viscérale ou pulmonaire, costale ou fibreuse. Celle-ci est constituée par une altération dans le tissu fibreux sous-pleural ; c'est elle « que l'on désigne sous le nom de pleurésie rhumatismale, disait-il, et cette dénomination est fort juste. »

Lasègue comparait ce qui se passe alors dans la plèvre à ce travail phlegmasique dont les articulations sont le siège. La douleur débute, portant sur les tissus périarticulaires (au niveau des insertions des tendons); puis ce n'est que quelques heures après que la fièvre s'allume, que l'épanchement séreux se forme. Le malade a la pleurésie de son articulation. L'épanchement dans la pleurésie rhumatismale prend alors une disposition topographique spéciale, il est promptement limité par une exsudation néo-membraneuse, il se collecte à la partie postérieure du thorax avec une forme invariable, quelle que soit la position du malade; c'est la pleurésie en galette, par opposition à la pleurésie tournante.

Dans cette pleurésie rhumatismale, on observe une décroissance rapide, une disparition en trois à huit jours, la bilatéralité fréquente. Elle guérit complètement sans laisser d'adhérences notables. Par contre, elle est suivie parfois d'une atrophie des muscles du thorax, analogue à celle qui atteint les muscles péri-articulaires après l'arthrite.

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 22 novembre 1884.

La conclusion thérapeutique naturelle est qu'il n'y a pas d'intervention active à faire pendant la période d'évolution de la pleurésie rhumatismale; elle marche d'elle-même en général à la guérison, sans thoracentèse et sans vésicatoire. C'est elle qui donne le plus de satisfaction aux partisans de l'expectation franche. En revanche, pendant et après la convalescence, la révulsion est indiquée sur la paroi (ignipuncture, faradisation, gymnastique respiratoire).

Le traitement des *pleurésies secondaires* n'offre pas de particularités bien notables. Cependant il faut se rappeler que chez les malades dont le rein fonctionne mal, chez les brightiques, il faut s'abstenir d'user des vésicatoires et des diurétiques irritants, comme les sels de potasse ; le vésicatoire ne doit non plus jamais être appliqué aux diabétiques, ni même aux typhoïdiques.

Nous n'avons pas à parler, au point de vue thérapeutique, des pleurésies singulières qui paraissent être la localisation d'états infectieux mal définis (*pleurésies infectieuses*, Laussedat, Comby); ce sont des pleurésies purulentes auxquelles convient l'empyème précoce, avec le traitement général de toutes les septicémies.

Nous laisserons aussi de côté les considérations relatives au traitement de certaines variétés de localisations pleurétiques. Dans la pleurésie diaphragmatique, on a surtout à combattre la douleur et la dyspnée. La pleurésie interlobaire n'est guère diagnostiquée, et c'est surtout à propos de la pleurésie purulente, à laquelle nous consacrerons quelque jour un article spécial, qu'il y a lieu d'envisager l'éventualité de l'ouverture dans les bronches sous forme de vomique.

Par contre, nous dirons quelques mots de la pleurésie aux différents âges, et chez la femme, suivant les diverses étapes physiologiques de sa vie.

IV

On traite la pleurésie CHEZ L'ENFANT à peu près comme chez l'adulte. M. Cadet de Gassicourt émet, à propos de la thoracentèse, des idées analogues à celles que nous avons développées tout à l'heure. Il affirme n'avoir jamais partagé l'engouement des médecins qui pensaient, à une certaine époque, que « tout liquide pleural devait être aspiré, alors que la ponction pratiquée le douzième jour de la pleurésie était érigée en règle presque absolue et que tout médecin qui ne guérissait pas une pleurésie en quinze jours s'exposait à être taxé d'impéritie ou tout au moins de timidité inexcusable.

Dans l'enfance, la ponction prématurée n'a d'autre indication que l'urgence ; sauf ce cas, elle est inutile ; encore la ponction d'urgence est-elle rarement nécessaire. « Le plus souvent, presque toujours même, les moyens médicaux suffisent à amener la guérison, et ces moyens sont simples : de légers purgatifs, quelques diurétiques, particulièrement l'oxymel scillitique, à la dose de une, deux, trois cuillerées à bouche par jour, selon l'âge de l'enfant, enfin et surtout le régime lacté en font tous les frais. J'ai essayé, comme tout le monde, le jaborandi, mais sans succès; les enfants le vomissent avec une extrême facilité ; j'y joins l'emploi de deux ou trois ventouses scarifiées sur le point de côté au début, et des vésicatoires volants ; malgré tout le mal qu'on en a dit, j'en ai obtenu de bons effets, surtout lorsqu'ils sont appliqués en temps opportun, c'est-à-dire lorsque l'épanchement est devenu stationnaire ou commence à se résoudre. »

Notre cher maître, M. Jules Simon, ne diffère guère d'opinion, sur ce point, avec son collègue de l'hôpital Trousseau ; nous avons encore dans la mémoire les indications minutieuses que nous lui avons maintes fois entendu donner aux étudiants qui suivaient sa visite, quand nous avions l'honneur d'être son interne. Il insistait sur la nécessité de faire maintenir au lit l'enfant atteint de pleurésie ; car beaucoup de parents ont une ten-

dance fâcheuse à céder aux désirs de l'enfant qui s'ennuie d'être couché, dès que la fièvre est tombée. Or, chaque fois que la prescription du repos au lit est transgressée, on constate une augmentation de l'épanchement. Comme diurétiques, une potion contenant de la teinture de scille et de digitale, la tisane de queues de cerises sucrée avec du sirop de pointes d'asperges, le lait pur ou aromatisé. Comme laxatifs, tous les deux ou trois jours, de la manne, ou quelques pastilles de calomel. Comme révulsifs cutanés, de petits vésicatoires de 4 à 5 centimètres carrés, laissés peu de temps en place, et appliqués successivement en différents points, valent mieux que de grands vésicatoires qui auraient pour effet de brider pour ainsi dire la poitrine et d'empêcher l'enfant de dilater son thorax du côté malade, sans compter qu'ils accroîtraient, en causant une douleur trop étendue, la fièvre et l'insomnie. M. J. Simon recommande aussi de ne pas faire, chez les tout jeunes enfants, des badigeonnages trop fréquents ni trop étendus de teinture d'iode ; car l'iode, par suite de l'absorption si facile à cet âge par la peau, lui a paru déterminer, en s'éliminant par le rein, une irritation qui peut aller jusqu'à l'albuminurie.

Chez le vieillard, la pleurésie est une rareté. L'épanchement surtout ne se voit guère, à cause des « adhérences ordinairement nombreuses et souvent très serrées et de l'épaississement de la plèvre que les vieillards présentent presque tous. » (Durand-Fardel.) On conçoit que, en cas d'inflammation pleurale, la révulsion cutanée n'ait pas grande action sur le tissu celluleux qui enveloppe les poumons de touts parts et se trouve dans des conditions entièrement différentes de cette membrane lisse et polie qu'on rencontre à l'état normal. Cependant, si un épanchement assez considérable pour entraver notablement la respiration existait, il n'y aurait pas à reculer devant la thoracentèse, à cause de l'âge avancé du sujet, puisque M. Durand-Fardel l'a pratiquée, chez une femme de 66 ans, et qu'elle a eu pour résultat « de prolonger un peu la vie en allégeant les souffrances ».

V

Chez la femme, nous devons envisager la pleurésie pendant la grossesse, la lactation et l'état puerpéral.

Les observateurs qui ont étudié la *pleurésie pendant la grossesse* s'accordent à dire qu'elle ne présente rien de particulier au point de vue de la symptomatologie ni du pronostic. L'état de gestation ne semble pas lui donner de tendance à la purulence ; il ne faudrait donc pas faire ici application de la remarque de M. Verneuil « que la femme enceinte et la femme récemment accouchée ont une tendance marquée à faire du pus en abondance ». Notre maître, M. Siredey, dont la compétence est si grande dans les questions de ce genre, nous a dit qu'il avait toujours vu la pleurésie évoluer normalement chez la femme gravide. Personnellement, nous avons observé une pleurésie purulente d'emblée chez une femme, enceinte de quatre mois, qui ne semblait avoir dans ses antécédents rien qui la prédisposât à la purulence ; mais un seul fait ne signifie rien. En ce qui concerne le traitement, l'état de gestation ne crée pas d'indication thérapeutique spéciale ; en revanche, il fait surgir quelques contre-indications. (Baratgin, Th. de Paris, 1880.)

Être réservé dans l'emploi des purgatifs et préférer les purgatifs doux, huile de ricin, infusion de séné, ou les purgatifs salins aux drastiques ; — ne pas user des vésicatoires sans s'être assuré que les reins fonctionnent bien. En cas d'albuminurie, s'en abstenir ; se méfier aussi des diurétiques et notamment de la digitale ; insister au contraire sur le régime lacté. On n'instituera pas une diète aussi sévère que chez les autres pleurétiques dans la période inflammatoire ; car on ne perdra pas de vue les exigences d'un état physiologique qui oblige la femme à une dépense double de matériaux nutritifs.

La question de l'opportunité de la thoracentèse est celle qui embarrasse le plus les médecins qui n'ont pas encore soigné de pleurétiques gravides. L'opportunité ne saurait être contestée en cas d'orthopnée, un épanchement considérable étant plus dangereux encore chez la femme enceinte, surtout dans les derniers mois, que chez tout autre malade, puisque le refoulement du diaphragme engendre déjà la dyspnée et que l'insuffisance de l'hématose est une menace pour la vie de l'enfant. On ponctionnera dans le cinquième espace, en relevant un peu la pointe vers la partie supérieure pour éviter de blesser le diaphragme refoulé très haut vers la fin de la grossesse. Dans le cas d'épanchement longtemps stationnaire et assez abondant pour entraver notablement la respiration, il paraît également indiqué de donner à la malade le bénéfice de la thoracentèse, tel est l'avis de Charpentier, avec Duguet, Vandrant, Verneuil, Dieulafoy. Loin de favoriser l'avortement, on donnera au contraire à la femme plus de chances de mener sa grossesse jusqu'à terme, puisqu'on facilitera l'hématose et, par suite, la vitalité du fœtus.

Chez la femme en *état puerpéral physiologique* et en *lactation*, les choses sont encore plus simples. La pleurésie franche *a frigore* est fréquente dans ces conditions ; car les causes de refroidissement ne manquent pas. Dans un service de femmes accouchées, nous avons vu un assez grand nombre de pleurésies de ce genre et, quand d'ailleurs la femme n'avait aucune complication d'origine génitale ou utérine, tout allait bien. On n'a même pas à s'abstenir aussi rigoureusement des purgatifs qu'on serait tenté de le faire par crainte de tarir la sécrétion lactée. Celle-ci continuera normalement à condition que la femme continuera à allaiter. Quand nous avions l'honneur d'être l'interne de M. Siredey, nous l'avons vu traiter par des purgatifs réitérés, le tartre stibié en lavage par exemple, des nourrices atteintes de pleurésie, et elles ont continué à fournir à leurs nourrissons un lait aussi abondant qu'à l'ordinaire. Deux observations notamment relatées dans le *Traité des maladies puerpérales* en font foi.

Dans ce journal même (1), M. Graux a publié l'année dernière une observation de pleurésie, fort intéressante au point de vue de l'évolution et du traitement. La maladie avait débuté pendant la grossesse à une époque qui ne put être fixée, les symptômes qui attirent ordinairement l'attention ayant été rapportés à la grossesse (essoufflement, dyspnée, point de côté). Cependant la grossesse évolua presque normalement jusqu'à son terme, malgré l'abondance considérable de l'épanchement, et le travail fut normal. Quinze ponctions furent pratiquées en deux mois, retirant près de 40 litres, car l'épanchement se reproduisait très rapidement sans jamais devenir purulent ; l'auteur pense que la multiplicité des ponctions faites d'ailleurs avec de sévères précautions antiseptiques, a été favorable à la guérison. « En effet, dit-il, dans le premier mois où les ponctions étaient séparées par un intervalle de dix jours, la malade ne reposait et ne mangeait que pendant les trois ou quatre jours qui suivaient la soustraction du liquide et dépérissait pendant les six autres. Dans le second mois, au contraire, on fit des ponctions tous les cinq jours, et en évitant à la malade la période pendant laquelle elle souffrait et ne pouvait ni manger ni dormir, on lui permit de se remonter rapidement. En tout cas l'amélioration locale et générale coïncida nettement avec le changement de pratique. »

On n'aura à traiter que bien exceptionnellement sans doute une pleurésie avec épanchement aussi récidivant que celui-là, et en général une ou deux thoracentèses, jointes au traitement habituel des autres pleurésies, amèneront la guérison. Il nous a même semblé, au moins d'après les faits que nous avons personnellement observés, que la résorption de l'épanchement

(1) *Union médicale*, 1883.

s'effectuait plus rapidement pendant la lactation, comme si elle était favorisée par l'activité très grande de la nutrition chez la plupart des nourrices bien constituées.

Paul Le Gendre.

De la nature et du traitement de l'ozène (1)

(Communiqué au troisième Congrès otologique international. — Bâle, septembre 1884)

Par le docteur Lœwenberg.

LA NATURE DE L'OZÈNE.

D'après tout ce qui précède, l'*ozène est une affection sui generis*, caractérisée non seulement par une déformation atrophique particulière des fosses nasales et une décomposition à produits fétides qu'on ne rencontre, ni l'une ni l'autre, dans aucune autre affection, mais, en outre, par la présence d'un coccus spécial. La présence de celui-ci cause seule l'odeur caractéristique que son absence exclut. Ainsi, la stagnation du muco-pus dans d'autres affections nasales, dans lesquelles, bien entendu, ce coccus fait défaut, n'amène pas de mauvaise odeur, du moins pas cette fétidité particulière (par exemple dans le coryza chronique, les polypes muqueux du nez et les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal, chez les enfants qui ne peuvent ni ne savent se moucher).

Le microbe est-il absolument propre aux fosses nasales et ne se trouve-t-il pas dans d'autres régions? Impossible de répondre actuellement à cette question. Quant à ce qui regarde ce sujet en général, je pense que c'est souvent à tort que l'on considère comme espèces particulières les microbes rencontrés dans certaines affections; il me semble possible, au contraire, que le même micro-organisme puisse ou bien causer des désordres identiques dans différents organes (désordres que nous ne reconnaissons pas comme identiques et que nous avons l'habitude de désigner différemment, selon les localités atteintes), ou bien provoquer, dans diverses parties du corps, des troubles différenciés par la conformation des organes, leur circulation, leur sécrétion, l'accès de l'air, la température de la région, etc.

Pour résumer enfin ma pensée, *voici comment j'envisage le rôle du coccus dans l'ozène.* Je pense qu'à l'état normal le mucus fixe tous les germes amenés par l'air (comme le fait, par exemple, la glycérine dans certains aéroscopes), mais ne constitue pas un milieu apte à leur multiplication. Je puis affirmer ce fait, d'après l'examen souvent répété du mucus nasal normal où je n'ai jamais rencontré de microbes abondamment développés. Un changement pathologique est nécessaire pour permettre à tel ou tel germe de pulluler et d'exercer une action nocive. Il en est ainsi pour l'ozène : par l'effet soit d'une conformation particulière des fosses nasales, soit d'une modification spéciale de la sécrétion (2), le coccus amené par l'air inspiré peut se multiplier sur la membrane de Schneider. Rencontrant des conditions favorables, il prospère à l'exclusion de tous les autres microbes, car, lorsque plusieurs espèces de ceux-ci envahissent une région,

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 20 novembre 1884.

(2) En réfléchissant aux conditions permettant aux microbes qui assaillent incessamment les organes accessibles à l'air, de s'établir chez certaines personnes et de provoquer les maladies parasitaires, la tuberculose, par exemple, il résulte pour moi la nécessité d'admettre une prédisposition fournie par une *anomalie de structure ou,* ce qui me semble plus probable, *de sécrétion.* Ainsi, on pourrait se figurer que le mucus bronchique est plus visqueux que d'ordinaire, ou de réaction alcaline chez certaines personnes ainsi prédisposées à multiplier le bacille de la tuberculose, les microbes prospérant en général mieux dans les milieux faiblement alcalins.

une seule d'elles prédomine généralement, parce qu'elle trouve les meilleures conditions de développement.

J'incline à penser que le coccus de l'ozène doit provenir d'un autre nez atteint de cette maladie, et qu'en général les germes ont besoin de passer par un milieu pathologique pour acquérir des propriétés pathogéniques spéciales.

Le coccus pullule donc, étouffant tous les autres germes, et fait subir à la sécrétion nasale la décomposition caractéristique. Pour faire comprendre qu'il lui faut des conditions spéciales, afin de lui donner la victoire sur les autres microbes, je n'ai qu'à rappeler que, lorsqu'on essaye de cultiver artificiellement, dans certains milieux, le mucus ozénique qui, au microscope, paraît contenir exclusivement le coccus, celui-ci ne se multiplie pas, tandis que d'autres germes invisibles jusque-là, mais, bien entendu, également présents auparavant et seulement étouffés par lui, se développent seuls, ce milieu leur permettant de dominer le coccus de l'ozène (bouillon de veau, extrait de Liebig et pomme de terre stérilisée).

Les conditions de pullulation du coccus se trouvent réalisées d'une façon complète dans les fosses nasales de l'ozéneux, moins bien dans son pharynx, car j'y ai trouvé le microbe plus rare, et probablement encore moins dans la trompe d'Eustache. Je conclus ainsi à cause de la rareté des affections de l'oreille moyenne dans l'ozène, point sur lequel j'aurai à revenir.

Une fois établi dans le nez, le coccus envahit la muqueuse et aussi, je pense, le substratum osseux des cornets en produisant l'atrophie de ces parties.

L'ÉTAT GÉNÉRAL DES OZÉNEUX.

La santé des personnes atteintes d'ozène est généralement peu brillante, et je leur ai toujours vu un aspect malsain et un teint blafard. J'ai été frappé surtout par la pâleur des nez punais. Selon moi, cet affaiblissement de la santé provient non seulement de l'aspiration incessante des produits gazeux de la décomposition ozénique, mais aussi de la déglutition de ses produits non gazeux, parmi lesquels il y en a certainement de fort nuisibles. Ce fait, que je ne me rappelle pas avoir vu mentionner, est certain pour moi depuis que j'ai constaté la présence du coccus dans les mucosités qui revêtent la paroi postérieure du pharynx et qui sont [assurément avalées de temps en temps.

LA CONTAGIOSITÉ DE L'OZÈNE.

Comme je le disais plus haut, je pense que le coccus doit provenir d'un nez ozénique; mon hypothèse se rattache étroitement à celle de la contagiosité de l'ozène, admise par quelques auteurs. Ainsi, M. Bossowski (1) cite le cas d'une jeune fille de 18 ans chez laquelle l'affection aurait éclaté quelques semaines après la cohabitation avec un ozéneux. Le dernier cas d'ozène que je viens d'observer concerne également une jeune femme de 20 ans, fille-mère et nourrice, qui ne serait devenue ozéneuse que depuis quelques mois. Le nez extrêmement camard de cette personne présente intérieurement tous les caractères de l'ozène le plus confirmé, atrophie des cornets et de la muqueuse, croûtes adhérentes, coccus abondants, etc. Au dire de la malade, le père de son enfant, jeune homme qu'elle a d'ailleurs perdu de vue, aurait été exempt de toute affection nasale ou syphilitique; de sorte que l'origine du mal reste obscure dans ce cas. Du reste, en étudiant la question de la contagiosité de l'ozène, les renseignements donnés par les malades du genre de celle que je viens de citer doivent, selon moi,

(1) Bossowski. Comptes rendus de la clinique du professeur Korczynski, de Cracovie. (*Przeglad lekarski*, n° 44. Extrait dans *Virchow et Hirsch*, *Jahresbericht*, 1880; II, 124.)

être accueillis avec beaucoup de réserve, étant donné le peu d'attention que certains individus apportent à des questions qui leur semblent moins intéresser la santé que la coquetterie et les soins de propreté.

Si la contagion s'opère, cela a lieu certainement par le microbe ; mais encore celui-ci doit-il rencontrer un terrain favorable à son établissement, condition que nous devons admettre pour la propagation de toutes les maladies contagieuses ou infectieuses. (Voyez la note à la page 881.) Pour l'ozène en particulier, cette nécessité me semble clairement ressortir de ce que l'affection est rare, tandis que les occasions de sa propagation seraient innombrables ; ainsi, par exemple, on voit très souvent dans une nombreuse famille un enfant rester seul atteint d'ozène malgré les contacts intimes et incessants des petits enfants entre eux pendants leurs ébats et avec leurs parents, et la promiscuité des mouchoirs fréquente au jeune âge. J'ai dans ma clientèle une famille où, parmi plusieurs enfants des deux sexes, deux jeunes filles seules sont ozéneuses, la cadette à un degré avancé, l'aînée en apparence si peu que son ozène fut seulement découvert par moi lors de l'inspection de son nez, la mère m'ayant appris incidemment que la sœur aînée était atteinte d'anosmie absolue. Et cependant l'examen fit découvrir tous les signes de l'ozène, l'élargissement des fosses nasales avec diminution du volume des cornets, fétidité, formation de croûtes, et par dessus tout, d'innombrables diplococcus volumineux. Il est à remarquer que, de tous les membres de la famille, ces deux sœurs, qui du reste se ressemblaient beaucoup, avaient seules le nez camard. Il demeure impossible de décider ici si l'affection a été communiquée par une sœur à l'autre ou si elle a éclaté chez chacune d'elles indépendamment en raison de la conformation vicieuse du nez, disposition congénitale qui aurait favorisé l'invasion du microbe.

Quant à ce qui est de la contagion en général, il est peut-être nécessaire, pour qu'elle puisse avoir lieu dans cette affection (et dans d'autres) que le micro-organisme n'ait quitté que tout récemment le milieu où il a pris naissance, tandis qu'il perdrait de sa qualité pathogénique spéciale en séjournant dans des milieux peu favorables à sa pullulation. En d'autres termes, il se pourrait qu'il fût nécessaire que le coccus parvînt à un nez encore intact, — mais disposé à l'ozène, — peu de temps après sa sortie de l'organe qui lui a donné naissance, tandis qu'il n'y aurait pas contagion par un germe s'étant égaré et ayant séjourné en route ? C'est peut-être là également une des causes de la rareté de l'affection.

DÉNOMINATION DE L'OZÈNE.

On a proposé récemment de changer le nom d'ozène et de lui substituer celui de « Rhinitis chronica atrophicans fœtida ». Or, l'ozène étant bien caractérisé par tous les signes que je viens d'exposer, je ne vois aucune utilité à changer sa dénomination. A la rigueur, on peut ajouter l'épithète « simple » ou « vrai » pour exclure la seule confusion possible, celle avec l'ozène syphilitique. Quand au nom de « Rhinitis, etc. », outre que c'est là plutôt toute une définition, le mot « atrophicans » me semble d'une latinité douteuse, sans compter que ce n'est pas la rhinite qui est fétide, mais son produit!

COMPLICATIONS.

D'après mon expérience et contrairement aux idées reçues, l'ozène ne se complique pour ainsi dire jamais d'affections auriculaires. Je n'en ai observé qu'à peu près chez un vingtième des malades atteints d'ozène que j'ai soignés dans une pratique otologique de 22 ans. Il n'existe donc pour moi aucun rapport entre ces deux sortes d'affection.

Je dirai, à cette occasion, que je n'ai presque jamais vu non plus de

maladies d'oreilles attribuables à la présence de polypes muqueux du nez, à moins qu'il ne coexistât des végétations adénoïdes du pharynx nasal (combinaison que je viens de voir, entre autres, chez un garçon de 8 ans né d'un père syphilitique).

Voilà donc deux affections nasales amenant les résultats les plus importants, et j'ajoute, les plus opposés quant à la fonction respiratoire du nez, car l'une obstrue absolument les fosses nasales que l'autre élargit au contraire à l'excès, et toutes deux restant sans action sur la caisse du tympan! Il me semble, d'après cela, qu'il y a beaucoup à rabattre de l'action supposée de certaines affections nasales sur l'oreille moyenne. La rareté des troubles auriculaires dans les cas de polypes muqueux, qui plus que toute autre maladie amènent l'obstruction complète des méats du nez, plaide encore contre l'hypothèse de M. Lucae concernant l'effet nuisible de l'oblitération du nez sur l'oreille moyenne par l'aspiration effectuée pendant la déglutition. Je pense que lors même que cette action s'exerce, une trompe d'Eustache saine permet aux pressions différentes de s'équilibrer instantanément.

Quant à l'ozène, l'immunité de l'oreille moyenne dans cette affection est d'autant plus intéressante à constater que, par suite de l'atrophie du cornet inférieur, le pavillon de la trompe se trouve plus directement exposé à l'air inspiré et qu'il est baigné, en outre, par les mucosités dans lesquelles j'ai constaté l'existence du coccus caractéristique. *(À suivre.)*

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 novembre 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

Sommaire : Suite de la discussion sur la thyroïdectomie. — Rapport sur une observation intitulée : rupture du canal de l'urèthre, ponction hypogastrique, uréthrotomie externe le cinquième jour, mort ; discussion. — Note sur l'emploi du chlorhydrate de cocaïne dans les opérations qui se pratiquent sur le globe oculaire ; discussion. — Note sur les résultats obtenus dans les opérations pratiquées dans l'un des services chirurgicaux de l'hôpital de la Charité; discussion. — Présentation de malade.

M. Verneuil, à l'occasion du procès-verbal de la dernière séance et de la discussion qui a suivi le rapport de M. Richelot sur la thyroïdectomie, confirme ce qui a été dit par M. Terrier sur certains phénomènes produits par les injections d'une solution d'iodoforme dans l'éther.

Dans les recherches qu'il poursuit sur le traitement des abcès ossifluents, M. Verneuil a été fort étonné de voir, à la suite de l'injection de quelques grammes de cette solution, après évacuation du foyer purulent, le membre reprendre presque instantanément le volume qu'il avait avant l'évacuation de l'abcès; il a constaté que ce retour du membre à son volume antérieur était dû à une sorte de ballonnement produit par des vapeurs émanées du liquide injecté. Ce ballonnement lui a paru d'ailleurs avoir un effet plutôt favorable que fâcheux sur le foyer morbide dont il a semblé hâter la guérison.

Le phénomène signalé par M. Terrier, M. Verneuil a eu l'occasion de l'observer un grand nombre de fois dans le cours de ses recherches sur le traitement des abcès ossifluents par les injections d'iodoforme dissous dans l'éther.

En ce qui concerne le diagnostic différentiel des tumeurs malignes de la glande thyroïde, M. Verneuil croit devoir ajouter au symptôme signalé par M. Le Dentu : douleurs à distance d'une intensité extrême, un autre symptôme qui consiste dans les adhérences extrêmement précoces de la tumeur aux tissus environnants.

C'est au progrès du diagnostic différentiel des tumeurs malignes du corps thyroïde qu'il convient d'attribuer l'abstention professée aujourd'hui par beaucoup de chirurgiens dans la thérapeutique chirurgicale de ces sortes de tumeurs.

Quant aux injections interstitielles pratiquées dans les tumeurs de la glande thyroïde,

M. Verneuil dit avoir constaté maintes fois les bons résultats des injections de teinture d'iode pure ou presque pure.

M. Marchand a pratiqué, il y a quatorze mois, l'opération de la thyroïdectomie sur une malade atteinte d'une tumeur thyroïdienne reconnue cancéreuse d'après les résultats de l'examen histologique, et cependant, depuis ce temps, il n'y a pas eu de récidive.

M. Marc Sée déclare qu'il n'existe aucune analogie entre les injections d'iodoforme dissous dans l'éther qu'il a pratiquées et celles dont vient de parler M. Verneuil. M. Sée a injecté seulement le contenu d'une demi-seringue de Pravaz, tandis que M. Verneuil a parlé d'injections de plusieurs grammes de la solution; il n'est pas étonnant que les effets aient été très différents.

M. Terrier dit que, dans les injections qu'il a pratiquées lui-même, la quantité du liquide injecté n'a jamais dépassé la moitié de la seringue de Pravaz; c'est dans ces circonstances, néanmoins, qu'il a constaté le phénomène du gargouillement produit par les dégagements de vapeurs émanées du liquide de l'injection.

M. Berger demande si M. Verneuil n'a pas observé, dans ses expériences, des phénomènes d'intoxication à la suite de l'injection de doses aussi considérables de la solution d'iodoforme dans l'éther.

M. Verneuil répond qu'il a pratiqué ces essais sur une large échelle, et qu'il n'a jamais vu d'inconvénients sérieux produits par les injections de la solution d'iodoforme dans l'éther. Il se propose, d'ailleurs, de faire plus tard une communication spéciale sur ce sujet intéressant.

M. Chauvel (du Val-de-Grâce), lit un rapport sur une observation adressée par M. le docteur Barthélemy, médecin-major de 1re classe des hôpitaux militaires, intitulée : *Rupture du canal de l'urèthre, ponction hypogastrique, uréthrotomie externe le cinquième jour, mort.*

Il s'agit d'un homme de 42 ans qui, étant en état d'ivresse, fait, le 20 avril 1882, une chute à califourchon sur un piquet de bois mousse en sautant de sa charrette. M. Barthélemy le voit le soir et constate les phénomènes suivants : douleurs violentes au périnée, avec rougeur et gonflement, mais sans plaie ; écoulement de sang par le méat, impossibilité absolue d'uriner. Il se borne à prescrire un bain de siège et des cataplasmes. Le blessé entre le lendemain seulement à l'hôpital de Sidi-bel-Abbès. Il n'a pas uriné, la vessie remonte presque à l'ombilic, le périnée est violacé, le scrotum a le volume d'une tête d'enfant. M. Barthélemy pratique immédiatement la ponction hypogastrique avec un trocart courbe dont il remplace la canule par une sonde molle à demeure ; sangsues au périnée.

Le troisième jour, tentative infructueuse de cathétérisme ; le cinquième jour, incision périnéale large qui conduit dans un cloaque rempli de tissus mortifiés que l'on enlève avec des ciseaux. En injectant dans la vessie, par la sonde hypogastrique, de l'eau alcoolisée, on voit le liquide sourdre par la plaie et entraîner avec lui un caillot cylindrique dont la sortie met à jour l'orifice postérieur de l'urèthre. Immédiatement une sonde molle est poussée dans la vessie, son bout antérieur ramené d'arrière en avant dans la portion pénienne et le canal se trouve rétabli.

Par malheur, le blessé, fort agité, enlève la sonde uréthrale dans la nuit et l'on est obligé de renoncer à en introduire une nouvelle.

Le septième jour, enlèvement de la sonde hypogastrique qui n'est pas remplacée ; des tentatives de cathétérisme rétrograde, faites sans doute dans le but de retrouver et de rouvrir le bout postérieur de l'urèthre dans la plaie périnéale ne donnent pas de résultat.

Dès ce moment apparaissent des signes d'infiltration urineuse lente dans les tissus de l'abdomen, et, bien que la température vespérale ne dépasse pas 38°, bien que le malade se promène et mange, bien que l'urine s'écoule en faible quantité par le méat et par la plaie du périnée, on constate le 22 mai, c'est-à-dire un mois après l'accident, juste au moment où la fistule hypogastrique se ferme à peu près complètement, deux petits abcès au-dessous et à gauche de l'ombilic. Ces abcès, ouverts, donnent du pus et des gaz, la fièvre devient violente, le thermomètre indique 39 et 40° le soir. Des tentatives de cathétérisme par les voies naturelles permettent d'introduire dans la vessie, sans trop de difficultés, une sonde n° 7 qui donne passage à l'urine ; on échoue, le lendemain, avec une sonde n° 7 et l'on renonce définitivement à toute nouvelle tentative.

Les accidents s'aggravent rapidement; une bougie passée dans l'incision de l'un des

abcès arrive jusque dans la fosse iliaque gauche ; une péritonite éclate et le blessé succombe le 11 juin, cinquante jours après le traumatisme et la rupture de l'urèthre.

L'autopsie permet de constater, en même temps que la péritonite purulente, la destruction presque complète des muscles obliques et transverse gauches par l'infiltration de l'urine. La vessie rétractée n'offre pas trace du trajet de la ponction. Du côté du canal, une incision longitudinale de l'urèthre permet de constater la cicatrisation totale de la boutonnière ; les tissus sont absolument sains; la paroi supérieure du canal, au niveau du point lésé, est brusquement interrompue par une rainure transversale d'où partent deux sillons en fer à cheval, venant aboutir au bout postérieur béant de l'urèthre non incisé, englobant entre eux une sorte de verumontanum qui mettait obstacle au libre passage de la sonde, obligée alors de faire un crochet, puis un coude brusque pour retrouver le canal normal.

M. le rapporteur déclare qu'il ne saurait approuver la ponction hypogastrique pratiquée de préférence, en pareil cas, à l'incision périnéale immédiate. Il rappelle qu'en 1876, dans un rapport des plus complets sur un travail de M. le docteur Cras (de Brest) *Sur les plaies de l'urèthre dans la chute à califourchon*, M. le professeur Guyon concluait, comme l'auteur, dans les cas graves caractérisés par la rétention complète de l'urine, l'écoulement de sang par le méat, la formation d'une tumeur au périnée, à la nécessité de l'incision immédiate du périnée avec passage et fixation d'une sonde dans l'urèthre.

MM. Jules Rochard, Verneuil, Duplay, Trélat se rangèrent à cette opinion, qui est également partagée par M. Terrillon dans sa thèse d'agrégation (1878), par MM. Desprès, Gillette et Horteloup dans le tome V des *Eléments de pathologie chirurgicale de Nélaton* (1884).

Loin d'admettre, avec M. Barthélemy, comme règle de conduite, la ponction hypogastrique immédiate et l'incision périnéale retardée, M. le rapporteur croit, avec ses collègues et presque tous les maîtres de la chirurgie contemporaine, que l'incision périnéale immédiate est la pratique la plus sûre, la seule qui réponde aux indications.

Il croit également que placer immédiatement une sonde à demeure et la maintenir pendant quelques jours est un acte de prudence. Sans doute on peut réussir sans cette précaution, et bien des chirurgiens la jugent inutile, mais les faits rapportés jusqu'ici ne sont pas assez nombreux pour démontrer que l'on est toujours sûr, dans les tentatives ultérieures de cathétérisme, de trouver et de franchir le bout postérieur du canal. D'autre part, l'observation de M. Barthélemy prouve que l'incision périnéale, même retardée, même après maintien d'une sonde pendant quelques heures, ne suffit pas toujours pour assurer l'issue facile des urines et mettre à l'abri des accidents d'infiltration.

M. le rapporteur propose : 1° d'adresser des remerciements à M. le docteur Barthélemy ; 2° de déposer son travail aux Archives. (Adopté.)

Le rapport de M. Chauvel donne lieu à quelques courtes observations présentées par MM. Delens, Marchand et Berger dans le sens des conclusions indiquées par M. le rapporteur.

— M. Terrier communique les résultats des recherches qu'il a entreprises sur l'emploi du chlorhydrate de cocaïne dans les opérations qui se pratiquent sur le globe oculaire.

La solution qu'il a employée était à 5 p. 100.

Le 8 novembre dernier, quatre gouttes de cette solution sont instillées dans l'œil droit d'un malade atteint d'affection de la cornée avec larges plaques de desquamation épithéliale.

Au bout de cinq minutes, la cornée était absolument insensibilisée, et M. Terrier put abraser une large plaque d'épithélium qui recouvrait une ulcération, sans que le malade ressentît la moindre douleur.

Or, cette petite opération avait été faite déjà deux fois avec grand'peine à cause de l'hyperesthésie de la cornée et malgré le bon vouloir du patient.

Au bout de 17 minutes la sensibilité était revenue et le malade disait ressentir comme des ondes s'élargissant du centre de la cornée à la périphérie du globe ; une légère cuisson accompagnait ces ondulations qui d'ailleurs cessèrent au bout de deux minutes. Quelques douleurs vagues persistèrent dans l'œil et il y eut dans la journée une hypersécrétion de larmes. La pupille, très largement dilatée par le collyre, est restée deux jours sans revenir sur elle-même ; elle avait été d'ailleurs moyennement dilatée précédemment par l'atropine ; le chlorhydrate de cocaïne a porté la dilatation à l'extrême.

Ce matin même, M. Terrier, ayant à pratiquer une opération de cataracte, chez un homme qui avait déjà subi la même opération sur l'autre œil, lui a fait une instillation de trois gouttes de chlorhydrate de cocaïne. Cette instillation n'a déterminé aucune

sensation désagréable. Cinq minutes après, anesthésie de la cornée et de la conjonctive, cette dernière un peu moins complète. On place l'écarteur, on fixe l'œil avec la pince sans douleur appréciable. L'incision de la cornée est un peu douloureuse, surtout dans sa partie profonde.

L'iridectomie est douloureuse, de même que l'accouchement du cristallin qui a été un peu pénible à cause du volume de la lentille. Mais le nettoyage du champ pupillaire a été des plus faciles, étant donnée l'insensibilité persistante de la cornée. Cette insensibilité existait encore au moment où fut appliqué le pansement, c'est-à-dire vingt minutes après l'instillation. Ainsi, comme M. Abadie et M. le professeur Panas, M. Terrier a parfaitement constaté l'anesthésie pour le premier temps de la cataracte, tandis que l'iridectomie a été fort douloureuse, suivant l'habitude. Cette anesthésie de la cornée par la cocaïne constitue un résultat des plus précieux pour la chirurgie oculaire.

M. Nicaise a expérimenté, le matin même, dans son service de l'hôpital Laënnec, une solution à 2 p. 100 de chlorhydrate de cocaïne préparée à la pharmacie Mialhe. Les essais ont été faits sur 4 malades. Sur l'un d'eux, trois gouttes de la solution n'ont déterminé qu'une anesthésie incomplète de la conjonctive et de la cornée. Sur les trois autres, l'insensibilité était complète au bout de une à deux minutes; elle a persisté pendant sept à huit minutes; elle n'a été accompagnée, d'ailleurs, d'aucune dilatation de la pupille.

On a prétendu que la chlorhydrate de cocaïne avait également pour effet d'anesthésier la muqueuse du voile du palais et du pharynx; si un pareil résultat était réellement acquis, il serait précieux pour la chirurgie opératoire de ces régions; mais M. Nicaise n'a pas fait porter ses investigations de ce côté.

M. Terrier fait remarquer à M Nicaise que les effet de la cocaïne dépendent en grande partie du mode de préparation de cette substance. Daus ses expériences, M. Terrier s'est servi d'une préparation faite en Allemagne et qu'il doit à l'obligeance de M. le docteur Trousseau. Or, ainsi qu'il l'a dit dans sa relation, vingt minutes après l'instillation, l'anesthésie de la cornée persistait encore chez son malade opéré de la cataracte. De plus, il y a eu, sous l'influence de la cocaïne, augmentation considérable de la dilatation de la pupille provoquée par l'atropine.

Enfin, on a prétendu que l'action anesthésiante de la cocaïne ne se manifestait pas lorsque l'œil était enflammé. Or, chez le premier malade de M. Terrier, qui était atteint d'une affection inflammatoire spéciale de la cornée, compliquée d'une névralgie de la cinquième paire, le soulagement a été très manifeste à la suite de l'instillation de la cocaïne.

Il résulte de tous ces faits, que le chlorhydrate de cocaïne en instillations sur l'œil détermine une action anesthésiante suffisamment persistante pour la pratique de diverses opérations qui ont pour siège le globe oculaire.

M. Marc Sée croit devoir faire observer que la cocaïne de fabrication française possède, quoi qu'on en ait dit, des propriétés tout aussi efficaces que celles de la cocaïne d'origine allemande, ainsi que l'expérience l'a démontré.

— M. Terrillon communique les résultats des opérations qu'il a pratiquées à l'hôpital de la Charité dans le service de M. Gosselin dont il était le remplaçant.

Ces résultats lui ont paru mettre dans une vive lumière les bons effets de l'application de la méthode antiseptique Listérienne, puisque, pour ne parler que des grandes opérations qu'il a pratiquées au nombre de 60, il n'y a eu que 4 morts, imputables, d'ailleurs, à des circonstances absolument indépendantes de l'opération considérée en elle-même.

La communication de M. Terrillon a donné lieu à quelques courtes observations échangées entre lui et MM. Berger et Trélat sur les conditions hygiéniques des services chirurgicaux de l'hôpital de la Charité.

Les 60 opérations sérieuses à divers titres se décomposent de la manière suivante :

1° Opérations pratiquées sur la tête, le cou et le tronc, 16; — 2° sur les organes génito-urinaires, hommes et femmes, 14; — 3° sur les membres, 18; — 4° interventions et grattages sur les ganglions suppurés et les abcès froids ou osseux, 12.

A cette série de 60 opérations, M. Terrillon joint 9 ponctions articulaires pour hydarthroses ou hémo-hydarthroses ayant donné toutes d'excellents résultats; enfin des opérations moins importantes au nombre de 40, toutes suivies de guérison rapide, sans accidents, savoir : 8 hydrocèles, toutes traitées par la méthode de Defert; 6 phlegmons étendus et profonds de l'aisselle; 8 abcès du sein profonds et étendus; 6 phlegmons

profonds de la main avec fusées purulentes; 6 anthrax de la nuque et du dos: 6 adénophlegmons du cou et sus-hyoïdiens.

Dans toutes ces opérations, la méthode de Lister a été rigoureusement appliquée.

Outre ces opérations, M. Terrillon a eu, comme dans tous les services de chirurgie, une série de fractures : les unes simples, dont il ne parle pas; les autres compliquées, qui furent traitées par la méthode antiseptique et qui guérirent toutes, sauf une fracture compliquée de jambe, avec plaque gangréneuse, qui se termina par la mort à la suite d'une gangrène septicémique foudroyante provoquée par une imprudence inconsciente du malade atteint de *delirium tremens*.

— M. Berger a clos la séance par la présentations d'un malade auquel, à la suite de l'écrasement de l'index et du médius de la main gauche, avait été pratiquée la désarticulation des deuxième et troisième métacarpiens correspondants, et chez lequel cette désarticulation a eu les résultats les plus défavorables au point de vue des fonctions de la main. — A. T.

FORMULAIRES

Traitement de la gastrorrhée.. — Leven.

Dans la gastrorrhée avec dilatation de l'estomac, si la quantité de liquide rendu ne dépasse pas 1 litre en vingt-quatre heures, on prescrit le matin, à jeun, de 1 à 6 grammes de phosphate de chaux. Une seule fois par jour, le malade fait usage d'aliments solides, tels que viande et poisson; aux autres repas, il se contente d'aliments liquides, tels que œufs, lait, potage. Grâce à l'emploi de ces simples moyens, la gastrorrhée cède habituellement; mais il en est autrement quand la quantité de liquide rendue en vingt-quatre heures s'élève à plusieurs litres. Dans ce cas, il y a lieu de recourir au sondage et au lavage de l'estomac. Les sondages se font d'abord le matin à jeun; puis, quand une amélioration s'est manifestée, on met un intervalle de un à deux jours entre les séances, et on arrive à n'en plus faire qu'une par semaine. On emploie pour l'opération le tube de Faucher et de l'eau de Vichy tiède. Pendant la période des sondages et quelques mois après, le régime alimentaire doit être sévèrement réglementé, pour éviter les rechutes.

Les sondages et lavages de l'estomac sont également efficaces dans la gastrorrhée qui accompagne le cancer de l'estomac. Ils procurent du soulagement et prolongent la vie. — N. G.

Compresses contre le rhumatisme. — Constantin Paul.

On prend une compresse de flanelle de la grandeur d'une feuille de papier à lettre, on l'imbibe d'essence de térébenthine, en ayant soin de l'essorer, on l'applique sur la région douloureuse, et on la recouvre avec une substance imperméable, telle que le taffetas gommé ou la toile caoutchoutée. Au moment de l'application, le malade éprouve une sensation de fraîcheur, à laquelle succède une chaleur de plus en plus prononcée. Au bout d'une demi-heure, la peau est d'un rouge vif, très hyperémiée et très sensible. Si le contact a duré plus d'une heure, on constate des traces de vésication. — La compresse de térébenthine est appliquée avec succès au traitement des affections douloureuses superficielles, telles que le lumbago, le torticolis, la pleurodynie, la névralgie intercostale et la sciatique. — On peut essayer aussi ce genre de révulsion dans la laryngite légère. — N. G.

COURRIER

Exposition d'hygiène de Londres. — La *London Gazette* vient de publier un supplément comprenant la liste des récompenses qui viennent d'être accordées aux exposants de l'Exposition internationale d'hygiène et d'éducation de Londres.

La section française de cette exposition reçoit un nombre très important de récompenses, soit 45 diplômes d'honneur, 20 diplômes simples, 25 médailles d'or, 51 médailles d'argent et 38 médailles de bronze, en tout 179 récompenses.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

BULLETIN

Il y a, dans les hôpitaux de Paris, certainement trois services de chirurgie, quatre ou cinq au maximum, qui sont d'une activité dévorante et dont les titulaires sont accablés de besogne. J'ai ouï dire qu'il en est de même pour quelques services de médecine ; mais je n'en sais rien pertinemment.

Dans ces conditions, du chef aux bénévoles, tous sont absorbés par le travail matériel ; le temps manque aux élèves pour écouter le maître, qui lui-même ne peut suffire à sa tâche et les dirige à peine. Force lui est de se décharger d'une part de sa responsabilité ; mais les internes, officiellement, n'ont pas droit à cette part. Il en résulte une situation fausse, des consciences peu tranquilles et des malades qui pâtissent.

Autrefois, les chirurgiens passaient au pied des lits, s'approchaient pour faire le diagnostic, puis s'écartaient en prescrivant, de haut et de loin, les médicaments à donner ou les pansements à faire. Aujourd'hui, la chirurgie se fait autrement ; nous prenons le temps et la peine de nous laver les mains, d'ajuster les pièces de pansement, de surveiller les sutures ; au lieu de nous croiser les bras quand l'opération est faite, c'est alors que nos soucis commencent, et qu'il nous faut diriger les élèves novices, débattre avec les vétérans les plus minutieux détails, contrôler chaque matin tout ce qui s'est fait en dehors de nous. C'est à ce prix que, depuis quinze ans, la chirurgie obtient des résultats nouveaux ; mais ces résultats sont journellement compromis par un vice d'organisation. Des opérations urgentes sont différées, des pansements sont renouvelés un jour trop tard, des coxalgies suppurent en attendant qu'on les redresse, des sutures se jouent des progrès de l'antisepsie. Et je n'accuse pas les chefs, dont la science et la bonne volonté sont hors de cause, car je m'accuserais moi-même d'avoir fait comme eux quand je les remplaçais ; mais je dis que le travail qu'on leur impose est au-dessus des forces humaines.

Et quand ils suffiraient au travail matériel, est-ce là tout ce qu'on leur demande ? Quand ils arriveraient à raboutir toutes les fractures et à crever tous les abcès, n'y a-t-il pas quelque autre besogne pour laquelle les chirurgiens des hôpitaux sont à la rigueur préparés ? Il leur manquerait encore le temps et le calme nécessaires pour étudier à fond leurs malades, pour transmettre à ceux qui les suivent les idées qui germent dans leur esprit. Les élèves courent, de lit en lit, après un chef toujours pressé, pour défaire les bandes et passer les bassins, voilà tout l'enseignement qu'on leur donne. Et que peut-on faire de plus, quand il faut deux heures et demie pour être sûr qu'on n'a pas laissé derrière soi quelque gouttière salie ou quelque drain bouché, sans compter les interventions imprévues, les fractures compliquées et les hernies qui surviennent au cours de la visite ?

Il ne s'agit pas de morceler des services dont l'activité est restreinte. Ceux de Necker, de la Charité, de l'Hôtel-Dieu même n'ont rien d'excessif. Mais à Lariboisière, à Saint-Louis, de deux services n'en pourrait-on faire trois, au grand bénéfice des malades ?

Il ne s'agit pas d'amoindrir, en l'émiettant, le titre de chirurgien des hôpitaux. Quatre places nouvelles ne seraient ni une menace pour les situations acquises ni une promesse pour les ambitions malsaines.

L'administration française est un modèle d'immobilité. Nous vivons sur des règlements surannés. Les besoins de la population augmentent, le personnel des hôpitaux pourrait faire face à tous les besoins. Et nous voyons, d'une part, des hommes d'âge et d'autorité, à qui le règlement impose de torcher des malades par centaines ; d'autre part, des chirurgiens de 40 ans réduits à glaner des suppléances de huit jours ; entre ces deux extrêmes, des richesses cliniques perdues et des étudiants sans boussole.

— Un dimanche, l'épidémie s'aggravait; les malades arrivaient à l'hôpital Cochin dans des voitures où n'étaient ni bouilloires, ni couvertures, ni personne pour les accompagner. Quelques-unes avaient leurs vitres cassées. Le malade cahoté tombait de la civière ou se découvrait. Une femme est arrivée en chemise dans les salles de M. Bucquoy. Sur les plaintes du chef de service, on mit des bouilloires et des couvertures... à partir du samedi suivant.

Bientôt l'épidémie est en décroissance; on a des convalescents à placer. L'hôpital des Mariniers n'est pas loin, il est tout prêt à les recevoir, on signe les pancartes. Erreur! la consigne est de les envoyer aux baraquements d'Aubervilliers, et nous sommes à Cochin, et les Mariniers sont là qui attendent! Naturellement, le chef de service garde ses convalescents, et refuse de compromettre leur guérison par un voyage à travers Paris.

Au bout d'une semaine, l'entrée des Mariniers est enfin permise aux cholériques; il y en a 8 aujourd'hui. Mais pourquoi ce retard? L'Administration s'en lave les mains; c'est le fait du Conseil municipal, dont la Commission sanitaire (président M. Deligny) a inventé une machine à cuire les déjections; il y a huit jours, la machine ne fonctionnait pas encore, et voilà pourquoi les malades ont dû attendre.

Il y a mieux encore. Un médecin des hôpitaux est mis à la tête des fameux baraquements; une lettre administrative l'investit de ses fonctions, à peu près en ces termes : « Veuillez vous transporter à l'hôpital Bichat; le directeur vous dira où sont les baraquements, nous ne le savons pas. » La phrase y est, sinon les mots; elle nous rappelle un gouvernement de triste mémoire à qui ses colonels télégraphiaient : « Pas trouvé mon régiment ».

Académie de médecine, 25 novembre. — Nous saluons le beau succès de notre ami et collègue, M. Charpentier, nommé académicien par 76 voix, et celui de M. Bergeron, qu'une majorité égale porte à la vice-présidence.

L. G. R.

REVUE TRI-MENSUELLE

D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE.

Annales de gynécologie. — Archives de tocologie. (Juillet, août, septembre 1884.)

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE. — JUILLET.

De la valeur des altérations du rein consécutives aux corps fibreux de l'utérus, pour les indications et le pronostic de l'hystérotomie, par le docteur Pozzi. — Les rapports intimes de l'utérus avec la vessie et l'extrémité terminale des uretères amènent parfois des complications redoutables dans les cas de déplacement de l'organe, et surtout de tumeurs. L'hydronéphrose consécutive à la présence d'un corps fibreux est-elle de nature à faire reculer l'opérateur? Le docteur Pozzi ne le pense pas, même lorsqu'il y a suppuration, lorsque l'absence d'albumine dans l'urine permet de croire à l'intégrité du

rein demeuré intact. L'observation suivante, que nous résumons, est un exemple des ressources de la chirurgie :

Il s'agit d'une femme, âgée de 43 ans, dont l'abdomen était rempli par deux tumeurs, l'une solide, faisant corps avec l'utérus, l'autre située dans l'hypochondre, fluctuante, manifestement liquide, ponctionnée un mois auparavant dans le service du professeur Brouardel. 650 grammes de pus furent retirés. Etat général tout à fait mauvais. Perte de l'appétit et des forces. Fièvre hectique. Température du soir, 38° à 38°5. La malade ne se lève plus. Les urines contiennent une très légère quantité d'albumine. L'opération est énergiquement réclamée.

Cette opération était-elle indiquée? Sans aucun doute, puisqu'elle était l'unique chance de salut. Fallait-il se borner à guérir l'hydronéphrose suppurée? Nullement, puisque la tumeur fibreuse restant, l'épine, qui avait été cause de la destruction du rein, subsistait et menaçait l'autre rein? Fallait-il opérer simultanément, ou l'une après l'autre, les deux tumeurs?

Telles sont les questions que se posait et résolvait tour à tour le docteur Pozzi. L'opération unique lui parut une entreprise périlleuse, tant à cause de l'énormité du délabrement que de la possibilité d'une rupture du kyste et de sa communication avec la séreuse abdominale.

D'après cette conception générale, le chirurgien résolut de scinder l'opération et de traiter en deux temps, par deux voies différentes, la tumeur utérine et la collection purulente qui lui adhérait. Le plan opératoire suivant fut adopté : commencer par évacuer le kyste purulent par une ponction aspiratrice, sans espoir d'amener ainsi la guérison définitive, mais pour maintenir la poche affaissée au moins pendant quelques jours. Profiter de ce répit pour pratiquer l'hystérectomie; faire cette opération en prenant le plus grand soin de ménager la paroi de la poche purulente, et, par suite, avec le projet arrêté de faire au besoin un pédicule supplémentaire avec la portion d'hystérome adhérente à celle-ci. Traiter, s'il y avait lieu, ultérieurement l'hydronéphrose suppurée demeurée seule lésion, par les moyens simples d'abord, puis par l'ouverture et le drainage dès que la malade aurait la force de supporter ce traitement. Ce plan a été suivi de point en point.

Nous ne suivrons pas le chirurgien dans les détails de l'opération, qui fut fort compliquée, et qu'un succès immédiat suivit, sans qu'on ait été obligé d'en venir au drainage de la poche. Il n'y avait pas trace de récidive le 15 mars dernier, et le rein unique suffisait aux fonctions de l'organisme.

Voici les conclusions de l'étude du docteur Pozzi :

1° La compression de la vessie et des uretères est une complication fréquente des corps fibreux de l'utérus, même de médiocre volume. Elle peut entraîner assez rapidement des altérations graves des reins;

2° Cette compression, lorsqu'elle agit sur la vessie, est facilement reconnue. Il n'en est pas de même lorsqu'elle porte sur les uretères; le plus souvent, on ne peut que la soupçonner avant qu'elle ait amené la lésion des reins et des troubles dans la constitution normale de l'urine;

3° La compression de la vessie ou des uretères doit peser d'un très grand poids parmi les indications opératoires et peut déterminer à elle seule une intervention hâtive du chirurgien;

4° Dans le cas d'hydronéphrose, l'indication opératoire est particulièrement pressante, vu le danger qui menace le seul rein demeuré plus ou moins intact.

Le traitement de ces cas complexes sera rendu moins grave en divisant l'action opératoire. L'hystérotomie sera d'abord faite, et, après sa guérison, on pourra s'attaquer au kyste.

5° Le pronostic de l'hystérotomie est considérablement aggravé, lorsque l'analyse des urines aura permis de diagnostiquer une altération rénale. Si celle-ci est très avancée (maladie de Bright confirmée), elle deviendra une contre-indication formelle à l'opération. Il n'en sera pas de même d'un très léger degré d'albuminurie.

Vingt-sept laparotomies, par le professeur SLAVIANSKY. — La communication du professeur a été lue à la Société des médecins russes, le 15 janvier 1884. Nous ne le suivrons pas dans ce long discours qu'il faudrait citer en entier, mais nous en extrairons la substance et profiterons de l'occasion pour revenir, sans craindre les redites, sur un sujet qui nous est particulièrement cher, à nous accoucheur, fervent adepte des pratiques instituées à la Maternité, par le professeur Tarnier, à la Clinique par le professeur Pajot; nous voulons parler de l'antisepsie rigoureuse, pratiquée comme une religion, les yeux fermés, sans souci de l'absurde et du ridicule apparent. Ce n'est pas, en effet, sans raison que nous nous servons du mot adepte.

Un chirurgien disait un jour : « Qu'est-ce que l'antisepsie ? C'est la propreté. Ce n'est pas scientifique, la propreté. » La recherche des causes est la légitime préoccupation de toute intelligence supérieure; mais, en médecine, il faut souvent s'en tenir aux faits, à ce qui réussit, comme disent les malades, premiers intéressés. Sans doute, ceux-ci sont souvent soulagés par les explications qu'on leur donne du mal qui les fait mourir, témoin Sancho Pança qui se sentit reposé des coups de bâton du muletier, quand don Quichotte lui eut expliqué que le bâton était gros et noueux; mais, somme toute, les malades aiment mieux guérir, sans que les savants expliquent rien, et les savants qui sont malades pensent de même.

On disputera longtemps sur l'existence des microbes et sur leur nature. Peu importe qu'ils existent ou non, et soient faits de telle ou telle façon. On n'a pu voir encore celui de la fièvre puerpérale, maladie septicémique et de haute virulence, si jamais il en fût; mais on sait qu'elle a disparu de nos principales maisons où elle régnait en souveraine, chassée par les antiseptiques. Cela suffit. Le fait a une valeur sans précédents. Des milliers d'êtres humains sont arrachés à la mort, depuis la grande découverte de Lister.

Nous le répétons : peu importe que l'antisepsie agisse en modifiant directement les plaies ou en tuant des germes. Mieux vaut l'empirique qui sauve sans savoir comment, que le théoricien qui laisse mourir au nom de la logique. L'antisepsie doit être pratiquée comme une religion, comme un article de foi, et, dans un hôpital, la pratique de cette religion exige tout un clergé, non seulement des médecins officiants, mais un personnel aussi fervent qu'eux, c'est-à-dire bien discipliné. Voilà ce qui existe dans nos deux grandes maisons d'accouchements. Cela devrait exister dans tous les services de chirurgie ou de médecine des hôpitaux. Nous avons vu, avec plaisir, le professeur Slaviansky insister sur la nécessité de se conformer rigoureusement aux moindres rites de l'antisepsie.

Grossesse extra-utérine. — Elytrotomie. — Guérison. — Enfant vivant. — Le fait est assez rare pour mériter d'être cité. Il a été communiqué à la Société obstétricale de Londres, par M. Mathieson. L'auteur ne semble pas parfaitement au courant de la science sur la question des grossesses extra-utérines, à en juger du moins par le compte rendu. Un faux travail, c'est-à-dire une expulsion de la caduque, comme on en observe non pas seulement au neuvième mois de la grossesse ectopique, mais même dans le courant de la gestation, faux travail accompagné de violentes douleurs, détermina le praticien à faire l'extraction par le vagin. L'enfant avait sept mois environ. Il naquit en état de mort apparente et fut ranimé. Le placenta fut extrait de suite, ce qui est contraire à tous les principes de l'expérience. Néanmoins la malade guérit.

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE. — ARCHIVES DE TOCOLOGIE. — JUILLET, AOUT. — PASSIM.

De la périnéorhaphie. — Diverses discussions des Sociétés savantes et de récents travaux publiés sur ce sujet, nous suggèrent l'idée de présenter quelques réflexions sur les déchirures du périnée et sur leur restauration.

Le périnée des femmes doit être soigneusement ménagé. Dans l'ancienne école on s'en préoccupait peu. Il est impardonnable de déchirer le périnée avec la main ou avec les instruments, ou parce qu'on n'observe pas les lois du mécanisme de l'accouchement. L'excès de volume du fœtus, la mauvaise qualité des tissus, la nécessité de dégager rapidement un enfant dont la vie est menacée, sont les seules excuses valables.

Pour protéger le périnée, il faut empêcher la sortie brusque de la région fœtale et lui donner une direction convenable. La tête, les épaules, le siège, déchirent le périnée. Souvent la déchirure est amorcée par la première, les secondes ou le troisième la complètent, parce qu'on tire en haut au lieu de tirer en bas pour dégager en premier lieu l'extrémité antérieure du diamètre bis-acromial ou bis-iliaque. Il suffit, en général, de respecter cette loi fondamentale du mécanisme pour éviter les ruptures au passage des épaules ou du siège. Pour les empêcher à la sortie de la tête, il faut retenir celle-ci vigoureusement avec la paume de la main et la dégager doucement par déflexion dans l'intervalle des contractions. C'est le principe de la méthode de M. Tarnier exposée avec détail dans son *Traité d'obstétrique.* Une main coiffe la tête, l'autre double le périnée suivant l'ancien usage. Le docteur Pinard préfère, en raison de la puissance de l'effort utérin dans certains cas, appliquer les deux mains au besoin sur la sphère crânienne, et recommande de faire usage en tous cas de la main droite, qui d'habitude est la plus forte et la mieux exercée.

Voilà comment on prévient la rupture du périnée. Si malgré toutes les précautions elle paraît inévitable, mieux vaut donner un coup de ciseaux; mais, comme le recommande le chirurgien en chef de la Maternité, on ne doit pas faire les incisions des

grandes lèvres préconisées par P. Dubois. Les échancrures qui en sont la conséquence ont des inconvénients quelquefois sérieux. De plus, elles n'empêchent pas la déchirure sur le raphé, et l'on a trois solutions de continuité au lieu d'une. Il faut pratiquer l'incision sur le raphé; mais, en la dirigeant obliquement pour contourner le sphincter anal.

Quand le périnée est rompu, il faut le réparer. Nous supposerons deux cas : la déchirure est incomplète; la déchirure est complète.

Le moment d'élection pour l'opération est environ la cinquième heure après l'accouchement. Alors, en effet, l'écoulement sanguin, moins abondant, ne gêne pas l'opérateur, et les tissus, si l'accident n'est pas antérieur à l'expulsion de fœtus, ont les qualités requises pour la réunion par première intention. Si la déchirure est régulière, les deux bords de la plaie étant faciles à affronter, on aura d'excellents résultats avec de grosses serre-fines coudées, surtout si le raphé périnéal est un peu saillant. Enfoncez profondément en déprimant la peau, la portion coudée des serre-fines, de façon à saisir dans toute la longueur de cette portion les deux lèvres de la plaie qui se juxtaposeront. Quarante-huit heures après, le périnée est reconstitué intégralement ou tout au moins dans la partie profonde. A ce moment, il faut enlever les serre-fines dont la pression détermine de petites eschares et finit par trouer ou couper le raphé. Avant de placer les serre-fines, il faut déterger soigneusement la plaie dans toute sa profondeur avec des tampons d'ouate imbibés de liquide antiseptique.

Quand les lèvres de la plaie ne peuvent être affrontées de manière à être saisies par toute la partie coudée de la serre-fine et à former un raphé, il faut faire usage des points de suture de fil d'argent. Dans ce cas les aiguilles courbes à boules d'ivoire de Neugebauer rendraient probablement de grands services. On les laisse en place, et les boules d'ivoire tiennent lieu des bâtonnets de plomb de la suture dite enchevillée.

Si la déchirure est complète, la réparation sera faite de même immédiatement, et suivant les règles chirurgicales, avec leurs récents perfectionnements On obtiendra probablement dans tous les cas ce que la bonne fortune a fait obtenir avec des sutures faites sans art, dans un grand nombre de cas.

Si la réunion n'a pas lieu, l'opération sera remise au quatrième mois environ après l'accouchement. Le chirurgien doit se souvenir des paroles du docteur Guéniot, dans une récente discussion sur la périnéorhaphie : « Il faut se préoccuper davantage de la fonction et moins de l'esthétique. » Nous avons eu, il y a quelque temps, l'occasion d'accoucher une femme sur laquelle on avait fait une périnéorhaphie si admirable, qu'il était impossible à première vue de se douter que ce périnée eût été complètement reconstitué ; mais au moment de l'expulsion, on vit bien que la nature s entend mieux que l'art à la construction de cette sangle. Elle l'a faite élastique : le chirurgien la fait fibreuse et cicatricielle.

Deux obstacles s'opposèrent à la sortie du fœtus : d'abord la hauteur du périnée, cause sérieuse de dystocie sur laquelle le docteur Pinard a appelé l'attention et qu'on observe chez certaines femmes. C'est la barrure des parties molles. La patience et la lenteur dans l'extraction auraient triomphé de ce premier obstacle; mais il y en avait un second, le défaut d'élasticité. L'extraction d'un enfant de 8 livres ne put donc être faite sans une rupture, qui eut lieu sous forme d'éclatement avec déchiqueture du derme, bien qu'elle se fût amorcée d'abord suivant une ligne droite. La plus considérable de ces vergetures éclatées avait la forme triangulaire que l'on donne aux surfaces d'avivement dans la périnéorhaphie. Notre seul souci fut de ménager la cloison qui demeura intacte.

Il est donc nécessaire que le chirurgien fasse des périnées courts pour compenser le défaut d'élasticité. Avec un bon centimètre de moins, ce périnée eût-il été aussi parfait pour la fonction qu'il l'était pour l'esthétique ? Nous en doutons, car s'il s'est laissé distendre jusqu'à mesurer, sur la ligne médiane, 8 centimètres et demi, il restait inerte et sans souplesse comme un mauvais caoutchouc qui s'étend et ne revient pas sur lui-même ; mais il ne se fût pas déchiré s'il avait été moins haut. Cette hauteur était assez considérable pour qu'il y eût, hors de l'accouchement, une poche derrière la commissure postérieure, sorte de citerne où séjournait parfois un peu d'urine. Même avec un périnée naturel, musculo-élastique, une telle hauteur est dangereuse, car il importe que la commissure postérieure soit conservée intacte. Lorsqu'une petite déchirure se produit en ce point, au moment où la tête complète sa déflexion, il est rare, surtout si l'enfant est volumineux, que les épaules ou le siège ne prolongent pas cette entame. La commissure postérieure est comme la lisière d'une étoffe : elle protège le tissu contre les déchirures. Si l'on y donne un coup de ciseaux, il suffit de tirer à droite et à gauche pour diviser tout le tissu.

ARCHIVES DE TOCOLOGIE. — AOUT 1884.

Des principes de construction du forceps. — Description d'un nouveau forceps, par le docteur Poullet. — Ce n'est pas ici le lieu de discuter des théories. Les lecteurs de l'*Union* ne s'en soucient point et ils ont raison ; mais nous relevons dans le long mémoire du docteur Poullet une idée juste, une observation clinique vraie. L'auteur a imaginé un forceps qui s'appliquerait régulièrement dans les cas d'asynclitisme. Ce mot a été inventé par les Anglais pour exprimer d'un fait constaté par Nægele et décrit par lui sous le nom d'obliquité. La suture sagittale n'occupe pas, lorsque le bassin est un peu étroit, ou lorsque la tête est ossifiée, volumineuse, ou mal fléchie, le centre de l'excavation. Elle est en arrière. Le pariétal antérieur est accessible au toucher sur une grande étendue. Le mécanisme du travail explique ce fait. Il n'y a pas seulement adaptation des diam. antéro-postérieurs de la tête aux diam. de la filière pelvienne. Les diam. transverses, à leur exemple, cherchent à passer en basculant. Il faut, suivant l'expression du professeur Pajot, qu'un manche à balai se présente toujours par un bout pour passer dans une porte. La bosse pariétale antérieure descend la première. De là l'inclinaison ou obliquité de Nægele, appelée asynclitisme par les Anglais. Ce phénomène met obstacle à l'application régulière du forceps, à la saisie mathématique de la tête.

Quand on veut articuler, le pivot et la mortaise ne sont pas à la même hauteur. On les met doucement de niveau en retirant sans effort la branche la plus élevée ou en enfonçant la moins élevée, à condition qu'elle pénètre à la façon d'un cathéter. La prise en devient-elle pour cela régulière ? Nullement, et, l'extraction faite, on constate d'abord que les empreintes laissées par les cuillers ne sont pas symétriques ; l'une est plus élevée que l'autre ; ensuite, que l'une de ces empreintes est très marquée ; l'autre est souvent à peine visible. C'est ce que le docteur Poullet appelle très justement l'unilatéralité des blessures du forceps. Le remède à ce défaut serait peut-être un instrument construit de façon que les branches eussent des mouvements indépendants, sans que pour cela l'ovoïde compris dans les cuillers fût déformé. Le docteur Poullet croit avoir trouvé la solution du problème. Nous ne pouvons juger d'après des figures. Il faudrait avoir l'instrument entre les mains et mieux encore, s'en servir ; mais nous signalons cette observation, parce qu'elle est vraiment clinique et cette idée parce qu'elle est ingénieuse.

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE. — SEPTEMBRE.

Traitement des fistules vésico-vaginales. — Méthode de Bozemann, par le professeur Herrgott. — Nous ne ferons que signaler cette intéressante relation d'opérations pratiquées dans les huit dernières années et pour lesquelles la méthode opératoire de Bozemann fut plusieurs fois appliquée. Ces moyens d'action n'étaient pas connus, lorsque l'auteur a publié son travail sur le traitement des fistules vésico-vaginales. C'est un complément à ce mémoire inséré dans les bulletins de la Société de chirurgie. Les lecteurs de l'*Union* trouveront dans cette publication, ainsi complétée, des détails circonstanciés sur l'importance et la valeur des procédés et des préceptes du chirurgien américain.

Nouveau moyen de diagnostiquer avec certitude la grossesse dans les premiers mois, par professeur Hegar (de Fribourg). — Ce moyen de diagnostic consiste dans la sensation de souplesse, d'élasticité, de mollesse particulière du segment inférieur de l'utérus. Le fait est bien observé, mais en faire un signe de certitude, c'est aller un peu loin. Il n'y a que trois signes certains de la grossesse : la sensation d'un corps qui ballotte dans un organe qui durcit sous la main par intermittence ; les mouvements du fœtus perçus par l'accoucheur, les bruits du cœur fœtal. Les autres signes de gravidité ne donnent point la certitude médico-légale. Ce sont des signes de probabilité.

H. Stapfer.

BIBLIOTHÈQUE

Atlas universel de géographie moderne, ancienne et du moyen age, avec un texte analytique, par M. Vivien de Saint-Martin, président honoraire de la Société de géographie de Paris, etc. — Librairie Hachette, 4me livraison.

L'Atlas de M. Vivien de Saint-Martin, ainsi qu'il résulte de mes précédents articles, se recommande à la fois par son utilité et par sa belle exécution. La 4me livraison comprend trois cartes : 1° la Région polaire antarctique, 2° la Russie centrale et la Roumanie, 3° le Mexique.

Pour la composition de la *région polaire antarctique* et les régions plus ou moins rapprochées, l'auteur a mis à contribution un grand nombre de documents, les uns officiels, les autres dus à des savants et à des voyageurs connus, entre autres publications, les cartes de la marine française et celles de l'amirauté anglaise ; ces dernières ont dû être contrôlées et complétées sur divers points. Après ce travail consciencieux, l'auteur a pu présenter, de face, si l'on peut ainsi parler, le pôle austral, avec son entourage de mers, où l'on voit les lignes suivies par les plus célèbres navigateurs, et de terres formant l'extrémité sud des continents. Cette carte est curieuse et instructive ; elle offre un aspect tout particulier et saisissant, et donne une idée, approximative sans doute, mais rationnelle et vraisemblable, de ce bout inconnu de notre globe.

La deuxième carte de la 4me livraison comprend la *portion occidentale de la Russie*, avec Pétersbourg et Moscou, l'extrémité sud de la Finlande, la Pologne, la Crimée, avec Sébastopol, dont le sac inutile nous a coûté tant de bons et braves Français et tant d'argent, — et la Roumanie. L'auteur a eu soin de distinguer, par des caractères typographiques particuliers, les gouvernements ou provinces, les capitales — Pétersbourg et Moscou — les chefs-lieux de gouvernement ou de province, les chefs-lieux de district, les simples villes, les bourgs, villages ou localités historiques ; et, par des signes déterminés, les villes de 50,000 habitants et au-dessus, les villes de 10,000 à 50,000 habitants, les villes, bourgs ou villages de 2,000 à 10,000 habitants, les bourgs, villages, etc. au-dessous de 2,000 habitants, les villes fortifiées ou forts, etc. Cette carte est un objet d'art, charmant à l'œil, en même temps qu'une œuvre de science et une source fidèle de renseignements.

Le *Mexique* complète cette quatrième livraison. Ce pays intéresse vivement, au point de vue de l'histoire, par les souvenirs odieux de le conquête espagnole, et, au point de vue de nos relations avec l'Amérique, par les souvenirs plus récents et bien tristes pour nous de la fatale guerre que nous y avons malheureusement, mais non sans gloire militaire, soutenue il y a peu d'années. Cette carte sera donc consultée; on y cherchera la Vera-Cruz où notre armée a été éprouvée par la fièvre jaune, Puebla rendue célèbre par un siège atroce, Mexico, où a trôné pendant peu de temps l'infortuné prince autrichien si maladroitement et si mal à propos ambitieux. La netteté de la gravure et des désignations typographiques en rend la lecture facile, les reliefs du sol parcouru par tant de montagnes y sont rendus d'une manière remarquable.

L'auteur a puisé les éléments de sa publication à un nombre considérable de sources, et une critique éclairée, nécessaire, a présidé à ses recherches. Voici un fait qui démontre combien cette critique était indispensable. Le traité de délimitation entre le Mexique et le Guatemala, conclu le 27 septembre 1882, et dont le texte, accompagné d'une carte, lui avait été communiqué par l'*Anuario universal* de Filomeno Mata, pour 1883, apportait dans le tracé du rio Usumacinta, et surtout dans celui du rio de la Pasion, des changements considérables. Le rio de la Pasion était rejeté de plus d'un demi-degré vers le Sud, ce qui modifiait toute la région située entre la presqu'île de Yucatan, le Honduras anglais et la république de Guatemala. Malgré la provenance quasi officielle de ce document cartographique, il n'a pas semblé possible à M. Vivien de Saint-Martin de s'y conformer. Après avoir essayé en vain de faire cadrer le réseau hydrographique environnant, les divers itinéraires des voyageurs ou même la division administrative du Guatemala avec la nouvelle latitude du rio de la Pasion, après avoir, d'autre part, constaté dans le texte même du traité l'aveu de l'ignorance où se trouvaient les parties contractantes quant à l'emplacement géographique des coordonnées choisies comme frontières, il lui a paru plus sage de conserver l'ancien tracé de ces deux rivières, qui est en harmonie avec la carte publiée dans les *Proceedings* de la *Société royale de géographie*, de Londres, et avec les renseignements fournis par un voyageur de mérite, M. D. Charnay. En définitive, après les études nécessaires, l'auteur a pu tracer la frontière mexico-guatémaltèque conformément au texte du traité. Cette remarque n'était pas indifférente pour faire apprécier la consciencieuse exactitude et la valeur du bel atlas qui nous occupe.

Par sa publication, qu'on ne saurait trop recommander à tous les gens instruits et désireux de s'instruire davantage, M. Vivien de Saint-Martin n'aura pas peu contribué à répandre dans notre pays les notions si utiles de la géographie et à y implanter le goût de son étude rendue plus attrayante par les récents travaux.

Dr G. RICHELOT père.

REVUE DES JOURNAUX

(EXTRAITS DE LA « REVUE DE MÉDECINE »).

Contribution à l'étude des scléroses médullaires d'origine vasculaire, par Emile DEMANGE (octobre 1884). — Dès 1871, M. Vulpian, puis M. Charcot avaient signalé dans la sclérose en plaques disséminées une altération des vaisseaux médullaires consistant en une endartérite et surtout une périartérite scléreuses, d'où résulte un rétrécissement de leur calibre. M. Déjérine a démontré de nouveau récemment que la sclérose en plaques est non seulement une sclérose interstitielle, mais encore d'origine vasculaire. MM. Ballet et Minor ont relaté un cas de myélite interstitielle diffuse syphilitique et d'origine vasculaire simulant, par la disposition des lésions, une sclérose combinée des cordons latéraux et postérieurs. Enfin M. Demange rapporte une observation de sclérose interstitielle diffuse et d'origine vasculaire, ayant simulé une sclérose latérale amyotrophique et liée à un athérome généralisé.

M. Demange conclut donc : 1° qu'il faut admettre une classe de myélites interstitielles d'origine vasculaire ; — 2° que ces myélites reconnaissent pour lésion initiale l'endopériartérite scléreuse des vaisseaux de la moelle ; — 3° que la dissémination des lésions vasculaires entraîne la dissémination et la diffusion de la lésion de la moelle, d'où il suit qu'on observe des myélites non systématiques, mais diffuses ; — 4° que, suivant la disposition des points de la moelle intéressés, le tableau clinique peut simuler les symptômes des scléroses latérales, latérales amyotrophiques, systématiques, combinées, et probablement encore d'autres types cliniques ; — 5° que ces myélites peuvent, soit reconnaître pour cause la syphilis, soit se développer primitivement sur la moelle, soit enfin être dues à la manifestation sur l'axe spinal d'une artério-sclérose généralisée.

Sur la présence d'alcaloïdes toxiques dans l'urine et dans certains liquides pathologiques, par L. LÉPINE et GUÉRIN. — M. Gabriel Pouchet a signalé la présence d'alcaloïdes dans l'urine humaine normale ; Selmi, dans l'urine de quelques malades ; M. Bouchard a insisté sur leur augmentation dans les maladies infectieuses aiguës. MM. Lépine et Guérin ont institué des expériences qui confirment l'assertion de M. Bouchard, et qui tendent en outre à montrer que la toxicité des alcaloïdes urinaires est différente, suivant les cas, *qualitativement* et *quantitativement*.

Ainsi chez les sujets affectés de pneumonie grave, la même quantité d'urine renfermait plus d'alcaloïde toxique que chez les sujets atteints légèrement. — Dans un cas de pneumonie, l'urine le *lendemain* de la défervescence ne renfermait que peu d'alcaloïde et cet alcaloïde ne paraissait pas toxique, tandis qu'il en était autrement deux jours auparavant.

Chez trois grenouilles qui ont reçu l'alcaloïde retiré de l'urine de deux typhiques, le cœur a été trouvé gros à l'autopsie, tandis que l'alcaloïde retiré de l'urine des pneumoniques a déterminé l'arrêt du cœur en systole. Le relâchement du cœur, le peu de fréquence de ses contractions chez les grenouilles soumises à l'action de l'alcaloïde retiré de l'urine des typhiques pourraient peut-être être rapprochés de ce fait clinique bien connu, à savoir que, *eu égard à la température*, les typhiques n'ont pas un pouls fréquent.

De la scrofule (rapports anatomiques et cliniques de la scrofulose avec la tuberculose), par Hippolyte MARTIN. — On trouve dans l'histoire de la scrofule plusieurs périodes nettement tranchées. Depuis Hippocrate, Celse et Galien jusqu'au siècle dernier, les écrouelles résument à elles seules presque toute la maladie, ou plutôt la maladie n'est pas encore constituée et on n'en connaît guère qu'une seule manifestation locale. — Au milieu du siècle dernier, les médecins commencent à reprocher à leurs devanciers de n'avoir point vu la *maladie* derrière l'affection *locale*.

Sauvages, Bordeu, Pujol, Kortum, Lepelletier (de la Sarthe), Lugol, Baudelocque, Milcent rattachent successivement à la maladie un grand nombre d'affections locales, et Bazin, marquant l'apogée de ce travail de synthèse, en classe méthodiquement les nombreux éléments. — Dès lors les expressions *scrofule* et *tuberculose* sont anatomiquement à peu près synonymes, et c'est au nom de la *clinique seule* que Bazin pouvait tenter de retrancher de la scrofule certaines formes de phthisie ; d'où l'opinion de Graves faisant entrer toute la tuberculose dans le cadre de la scrofule. Bientôt même le microscope semble donner raison aux partisans de l'unité diathésique : la cellule géante, le follicule tuberculeux, caractéristiques du tubercule, sont retrouvés dans les produits de la dégénérescence scrofuleuse la plus incontestable, l'adénite écrouelleuse, par exemple, et la

tumeur blanche articulaire. Seulement, comme le *cachet* de l'affection est tuberculeux, la proposition de Graves est absolument renversée; c'est au profit de la tuberculose que s'opère la synthèse, et certains anatomo-pathologistes proposent, avec Friedlander, de rayer définitivement la scrofule du cadre de la nosologie.

Deux procédés s'offrent pour caractériser la nature tuberculeuse d'un processus morbide quelconque. Le meilleur et le plus rapide serait la recherche du bacille de Koch, si elle était toujours sûre. Mais le critérium n'est pas infaillible, parce que d'une part Malassez et Vignal ont fait connaître un autre micro-organisme propre à certaines lésions tuberculeuses (*zooglæes*), et que d'autre part ces histologistes entrevoient la possibilité de lésions où tous ces micro-organismes, étant incolores, passeraient inaperçus. — En revanche, la méthode des inoculations en série peut toujours, quelle que soit la forme actuelle du parasite inoculé, en révéler la présence par ses effets, c'est-à-dire par des lésions tuberculeuses généralisées. C'est donc à elle qu'il faut s'adresser pour délimiter le domaine respectif de la tuberculose et de la scrofulose. Si le scrofulome reproduit du tubercule infectieux généralisé, sur une série d'animaux, par une série d'inoculations, ce sera véritablement du tubercule. Le problème à résoudre consiste donc à inoculer les néoplasies diverses, dites scrofuleuses, afin de décider si elles appartiennent à une affection spéciale que nous appellerons toujours scrofule, ou si, tout au contraire, elles rentrent dans le cadre de la tuberculose.

En prenant pour point de départ la classification des scrofulides, établie par Bazin, on doit admettre sans hésitation que les affections rangées par lui dans la période ultime ou quaternaire, scrofulides profondes ou viscérales, phthisie bronchique, pulmonaire et pleurale, phthisie abdominale, tuberculose cérébrale, sont toutes de nature vraiment tuberculeuse. Tout produit scrofulo-tuberculeux de n'importe quel viscère donnerait, par inoculation, de la tuberculose vraie, infectieuse.

Les accidents de la période tertiaire de la scrofule, abcès froids, tumeurs blanches, caries, spina ventosa, sont d'un accord presque unanime de nature tuberculeuse. Les inoculations en font foi. Il en est de même des accidents de la seconde période, scrofulides dites inflammatoires, fibro-plastiques et tuberculeuses (*molluscum*, *lupus*). De sorte que l'on peut établir cette sorte d'équation algébrique : scrofule-tuberculose cutanée (ulcéreuse ou cicatricielle), osseuse et viscérale.

Quant aux scrofulides superficielles ou scrofulides de la première période, gourmes ou croûtes de lait, c'est-à-dire l'eczéma ou l'impétigo de la face, du cuir chevelu, et quelquefois de la totalité de l'enveloppe cutanée, l'engelure permanente, les inflammations catarrhales des muqueuses, l'ophthalmie, le coryza, l'otorrhée, leurs produits inoculés ne produisent pas d'inoculations tuberculeuses vraies. Elles paraissent être des manifestations de l'arthritisme héréditaire (arthritides héréditaires précoces) ; les adénopathies légères qu'elles déterminent ne deviennent jamais caséeuses. En dehors du terrain lymphatique sur lequel elles évoluent le plus souvent, il n'existe aucun lien réel entre les scrofulides superficielles primitives de Bazin et les autres scrofulides ultérieures du même auteur, qui ne sont que des localisations de la tuberculose. Celle-ci, qu'elle soit la conséquence de germes inclus dans l'organisme depuis la vie fœtale, ou d'une infection postérieure à la naissance, est silencieuse à ses débuts.

Sa première localisation, chez l'enfant, est surtout pulmonaire, et l'adénopathie caséeuse similaire du hile de l'organe tend à se propager aux ganglions préparotidiens et sous-maxillaires. Il est même probable, comme c'est la règle chez l'animal, qu'alors même que son point de départ est dans les ganglions mésentériques, elle peut, en passant par les ganglions bronchiques, atteindre les régions cervicale et sous-maxillaire.

Cette propagation est facilitée par une irritation ganglionnaire simple préexistante; elle est fréquente dans les cas d'adénopathie légère par arthritisme héréditaire précoce (ou par toute autre cause), et l'on voit alors ces lésions bénignes, curables, se compliquer d'une adénopathie caséeuse, puis écrouelleuse, qu'on a de la tendance à leur attribuer, quoique son point de départ et sa nature soient bien différents. Il ne répugne pas d'admettre d'ailleurs que cette transformation maligne de l'adénopathie peut être la conséquence d'une inoculation directe du germe tuberculeux à travers les surfaces enflammées et excoriées de la peau et de la muqueuse.

En résumé, la scrofule n'est qu'une *expression clinique* sans *substratum* anatomique apparent.

Toutes les altérations qui lui étaient jusqu'à présent attribuées, paraissent être tributaires les unes de l'arthritisme, les autres de la tuberculose. . . . . .

Nosologiquement parlant, le scrofuleux n'est qu'un tuberculeux ; mais son habitus extérieur est si spécial et si différent de celui qui caractérise le tuberculeux, alors sûr-

tout qu'est survenue la période de consomption, c'est-à-dire de phthisie, qu'il est sage de lui conserver une qualification spéciale, consacrée d'ailleurs par l'assentiment unanime de plusieurs siècles.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LA LOIRE ET DE LA HAUTE-LOIRE.

Cette réunion, qui avait lieu au Puy, le 28 septembre dernier, présentait une importance exceptionnelle par les débats sur les rapports à établir entre les Syndicats médicaux et l'Association. La discussion un peu vive, mais toujours très confraternelle, s'est ouverte sous l'autorité du sympathique président, M. Maurice (de Saint-Etienne), entre nos très estimés confrères, MM. Vibert, Langlois, Pouget, Fleury et Humbert.

En ce qui concerne les deux départements de la Loire et de la Haute-Loire, je constate, après le secrétaire, M. Fleury, qu'il n'y existe actuellement qu'un seul syndicat, celui de l'arrondissement de Brioude, dont la fondation remonte à l'année 1881. Des tentatives semblables ont été essayées dans l'arrondissement de Roanne et dans celui de Saint-Etienne. Ces médecins syndiqués sont au nombre de 16, dont 8 seulement font partie de l'Association générale. A titre de renseignement, j'ajouterai que dans cet arrondissement le nombre total des médecins s'élève à 22.

Dans de telles conditions, il était de haut intérêt de déterminer quels rapports cette Société locale désirait entretenir avec les Syndicats présents et futurs? M. Fleury établit ainsi la position de la question : « La nouvelle loi ouvre à la défense de nos inté- « rêts professionnels des perspectives inconnues jusqu'à ce jour. D'autre part, les « solides institutions d'assistance et de prévoyance que nous possédons sont le complé- « ment naturel, j'allais dire avec la circulaire ministérielle, l'un des buts essentiels des « Syndicats.

« La conclusion à tirer, c'est que nous devons tendre de toutes nos forces à *concilier « le passé et l'avenir, à conserver ce que nous avons acquis au prix de 25 années de labeur « et à l'augmenter avec les facilités que nous donne la loi nouvelle...* »

Serait-il donc possible pour les Sociétés locales de jouir des avantages des Syndicats? « Aux Syndicats médicaux, répond notre confrère, le soin de veiller aux intérêts locaux « qui varient suivant les régions ; à l'Association, transformée en union des Syndicats, « la défense des intérêts généraux de la profession et la gestion, comme par le passé, « des Caisses de retraite ! »

Cette argumentation soulèvera peut-être des objections et certainement des difficultés. Soit; à mon avis, on peut les résoudre; il ne s'agit pas de faire acte révolutionnaire, mais bien plutôt œuvre de consolidation. Voilà pourquoi, à mon avis, au lieu de discuter sur les Syndicats hors de l'Association et contre elle, mieux vaudrait créer des *Syndicats par l'Association, avec l'Association et dans l'Association,* c'est-à-dire entre membres déjà agrégés ou s'agrégeant aux Sociétés locales. Cet avis semble partagé par les prudents fondateurs du Syndicat médical lyonnais actuellement en organisation.

L'Association pourrait ainsi ester en justice, intervenir plus activement en faveur des intérêts professionnels, et constituer dès maintenant et sérieusement sur une large base une Caisse des retraites pour ceux-là de ses membres qui en feraient la demande. Ici s'élève une objection : Comment constituer l'Association en Syndicat pour profiter de ces avantages légaux? Je trouve réponse à cette objection dans une consultation judiciaire demandée au bâtonnier de l'ordre des avocats de Saint-Etienne. En voici des extraits :

« La question peut se poser ainsi : La loi du 21 mars 1884 est-elle applicable aux « médecins, ou, plus généralement, aux professions libérales?

« En présence des termes généraux de l'article 2 de la loi, on ne doit pas hésiter à « répondre affirmativement, bien qu'il résulte de la discussion qui a eu lieu devant la « Chambre et le Sénat et même de la rédaction de l'article 6, que la législation a eu « pour principal objectif les Syndicats de patrons et d'ouvriers; ces expressions ne peu- « vent s'appliquer aux professions libérales.

« La loi est conçue dans un esprit trop large pour qu'il soit possible d'en refuser e « bénéfice aux personnes exerçant des professions libérales.

« ..... Rien n'empêche, à notre avis, l'Association déjà existante de se trans- « former, avec le consentement des membres qui la composent, en un Syndicat pro- « fessionnel. »

Au scrutin secret et à la majorité de 17 sur 19, nos confrères de la Haute-Loire et de la Loire ont adopté un vœu dont voici la teneur : « La Société de prévoyance et de « secours mutuels de la Loire et de la Haute-Loire, émet le vœu que, mettant à profit « la loi du 21 mars 1884, les Sociétés agrégées se transforment, si la chose est légale- « ment possible, en Syndicat, et que l'Association générale devienne l'Union des Syn- « cats de France. »

Dans cet esprit, il devient possible de créer des Syndicats par l'Association mais non pas contre elle, et d'apporter des tempéraments à des revendications parfois légitimes; souvent aussi trop bruyantes. M'est avis, en effet, comme M. Vibert, que dans la défense de ses intérêts matériels, le médecin doit chercher à conserver « la considération dont il a été entouré jusqu'à ce jours; certains procédés trop mercantiles pourraient la compromettre. » Les Syndicats, sous ce nom et avec cette manière de procéder, ont donc leurs dangers; or, l'Association générale, de par son passé, sa notoriété et son patronage, peut seule les en préserver. Cet opinion ne m'est pas personnelle; elle a, je le vois, des adhérents dans la Loire et la Haute-Loire ; j'espère bien qu'elle en trouvera encore ailleurs. — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 novembre 1884. — Présidence de M. Alph. Guérin.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une série de pièces relatives au traitement du choléra;

2° Une lettre de M. le maire de Puteaux qui, au nom du Conseil municipal de cette commune, remercie l'Académie de la décision qu'elle a prise relativement à la question de l'assainissement des eaux de la Seine;

3° Une lettre de M. le docteur Javal, qui se porte candidat pour la section de physique et de chimie, en remplacement de M. J.-B. Dumas, décédé.

M. le Président a le regret d'annoncer à l'Académie la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Fonssagrives, membre correspondant, décédé à Auray, des suites d'une attaque de choléra.

M. Larrey présente, de la part de M. le docteur Coutaret (de Roanne), une brochure intitulée : *Eaux de source et assainissement.*

M. Ern. Besnier présente, de la part de M. le docteur Brocq, une brochure intitulée : *Etude critique et clinique sur le pityriasis rubra.*

M. Dujardin-Beaumetz présente, de la part de M. le professeur Semmola (de Naples), un travail manuscrit intitulé : *Recherches thérapeutiques nouvelles sur le choléra asiatique* (1884).

M. Tarnier présente, de la part de M. le docteur Lamarche, une brochure intitulée : *Notice sur la vaccine et la culture du vaccin.* (Comm. de vaccine.)

M. Alfred Fournier présente, au nom de M. le docteur Rollet (de Lyon), les articles : Syphilis, Syphilides, Syphilisation, Gommes syphilitiques, extraits du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'accouchement en remplacement de M. Depaul, décédé.

La liste de présentation porte : En première ligne, M. Charpentier ; en deuxième ligne, M. Pinard ; en troisième ligne, M. Budin ; en quatrième ligne, M. Ribemont-Dessaignes ; en cinquième ligne, M. Martineau.

Le nombre des votants étant de 79, majorité 40.

M. Charpentier obtient 76 voix, M. Martineau 3.

En conséquence, M. Charpentier ayant obtenu la majorité des suffrages est proclamé membre titulaire dans la section d'accouchement en remplacement de M. Depaul.

L'Académie procède ensuite par la voie du scrutin à l'élection de son vice-président, en remplacement de M. Fauvel, décédé.

Le nombre des votants étant de 79, majorité 40.

M. Bergeron obtient 73 voix, M. Jules Guérin 3, M. Noël Gueneau de Mussy 2, M. Hérard 1.

En conséquence, M. Bergeron est proclamé vice-président. (Applaudissements.)

M. Bergeron remercie l'Académie du témoignage d'estime et de sympathie qu'elle vient de lui donner. Ses paroles sont accueillies par de nombreux applaudissements.

M. le Président adresse à M. Bergeron quelques mots de félicitations et l'invite à prendre place au fauteuil de la vice-présidence.

M. Féréol, au nom de la Commission des épidémies, donne lecture du rapport officiel sur les épidémies qui ont régné en France pendant l'année 1883.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture des conclusions de ce rapport.

VARIÉTÉS

La mortalité du choléra a Marseille en 1884.

Nous empruntons au journal le *Marseille médical*, les renseignements démographiques suivants qui sont d'intérêt rétrospectif sur la mortalité cholérique dans cette ville. Du 29 juin au 31 août dernier, elle présente en effet la répartition suivante, par âge et par sexe :

Enfants. — De 8 jours à 11 mois, 8; de 1 à 2 ans, 21; de 2 à 3 ans 23; de 3 à 5 ans, 22 ; de 5 à 16 ans, 65. Total : 137, dont 77 garçons et 60 filles.

Adultes. — De 10 à 15 ans, 44; de 15 à 20 ans, 67; de 20 à 25 ans, 115; de 26 à 30 ans, 151 ; de 30 à 35 ans, 160 ; de 35 à 40 ans, 153 ; de 40 à 45 ans, 148; de 45 à 50 ans, 150 ; de 50 à 55 ans, 125 ; de 55 à 60 ans, 101; de 60 à 65 ans, 86; de 65 à 70 ans, 28; de 75 à 80 ans, 14 ; de 80 à 85 ans, 2 ; de 90 à 95 ans, 1 ; âges inconnus, 72. — Total : 1481, dont 741 hommes et 740 femmes.

Par nationalité, on constate que 1,140 étaient Français, 427 Italiens, 19 Espagnols, 11 Grecs, 6 Autrichiens, 5 Anglais, 4 Suisses, 3 Allemands, 2 Américains, 1 Suédois. La proportion de la mortalité était donc de 7,39 p. 100 pour les Italiens, de 3,91 p. 100 pour les Français et de 3,64 p. 100 pour les individus d'autres nationalités. — C. L. D.

COURRIER

Nécrologie. — Nous apprenons la mort du docteur Mouret, administrateur et médecin des hospices de Monistrol (Haute-Loire). C'est la fin d'une longue carrière de travail, de dévouement et de bienfaisance. Vieilli dans les rudes épreuves de la médecine rurale, notre confrère avait consigné les résultats de son expérience dans un opuscule sur les *Erreurs et les préjugés relatifs à l'exercice de la médecine ;* instructif recueil qui, pour la richesse des matériaux, la sagacité qui a présidé à leur coordination et le piquant des appréciations originales, peut sans désavantage soutenir la comparaison avec ce qu'ont fourni les plumes parisiennes les plus vigoureuses et les plus alertes. (*Lyon médical*).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Pierre-Alexandre Damon, décédé à Saint-Just-en-Chevalet, à l'âge de 42 ans.

Cours public et gratuit sur les maladies de l'appareil urinaire. — Le docteur H. Picard commencera ce cours le lundi 1er décembre, à huit heures du soir, amphithéâtre nº 1 de l'Ecole pratique, rue de l'Ecole-de-Médecine, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

Clinique thérapeutique.

Recherches thérapeutiques sur un nouvel antipyrétique, « l'antipyrine »

Par Henri HUCHARD, médecin de l'hôpital Bichat.

Dans son livre récent et si remarquable sur la fièvre typhoïde, un maître vénéré, M. Noël Gueneau de Mussy, dit judicieusement que « l'hyperthermie est la mesure et non la cause de la gravité de la maladie », mais il a soin d'ajouter qu'elle peut devenir à son tour un coefficient de troubles fonctionnels et qu'elle doit être combattue par tous les moyens thérapeutiques dont nous disposons.

Nous souscrivons sans réserve à ces sages paroles, et nous pensons que, si l'on a fait jouer un trop grand rôle aux accidents produits par l'élévation thermique, et si l'on ne s'est pas toujours assez préoccupé du soin de combattre les accidents septicémiques, il y a souvent des indications formelles à remplir au sujet de l'hyperthermie, qui peut devenir la cause de lésions dégénératives plus ou moins graves sur les viscères, le cœur, le foie et les reins, ainsi que sur le système musculaire, et constituer un réel danger dans le rhumatisme cérébral, par exemple, la fièvre typhoïde, certaines pneumonies de nature infectieuse, etc. L'idéal serait d'obtenir des médicaments qui fussent à la fois antiseptiques et antithermiques, ou n'agîssent pour abaisser la température qu'à la condition d'exercer des propriétés antiseptiques. C'est sans doute ainsi que se comporterait, d'après M. Bouchard, dans la fièvre typhoïde, le sulfate de quinine qui, à hautes doses, réussit à abaisser la température, tandis qu'il ne produit rien ou presque rien dans beaucoup de maladies fébriles, telles que les pneumonies, les érysipèles, etc.

FEUILLETON

CAUSERIE

Un des meilleurs journaux de médecine du Nouveau-Monde, le *Journal of the American Medical Association,* qui se publie à Chicago, contient, dans son numéro du 18 octobre dernier, quelque chose d'assez original sur le choléra. C'est un nouveau traitement de la maladie, proposé par le docteur Raymond Rogers, dans un article intitulé : *Cholera, its disastrous past and its more hopeful future,* c'est-à-dire : Le choléra, son passé désastreux, son avenir plus rassurant. Ce qu'il y a de désastreux dans le passé du choléra et de rassurant dans son avenir, selon M. Rogers, ne s'applique pas au choléra lui-même, à son histoire épidémiologique, mais seulement à la façon déplorable dont on l'a compris et traité jusqu'ici, en opposition avec le procédé élémentaire par lequel on en triomphera désormais.

Avant d'aller plus loin, je dois prévenir mes lecteurs, ou tout au moins une grande partie d'entre eux, qu'il n'est pas question de microbes dans l'article du docteur Rogers, et que ses argumenfs s'appuient sur des données d'un tout autre ordre. Cela posé, je laisse la parole à notre confrère, me bornant à résumer son article.

Il est évident, dit M. Rogers, qu'on ne sait pas le premier mot de la physiologie pathologique ni de la thérapeutique du choléra, ou qu'on n'y a encore rien compris ; la preuve, c'est que toutes les épidémies ont donné partout la même mortalité de 50 p. 100, avec

Mais, dans la dothiénentérie, les *sels quiniques* épuisent bien vite leur action, puisqu'au bout de quelques jours la température fébrile, un moment abaissée, remonte jusqu'à son chiffre primitif. L'*acide salicylique* et le *salicylate de soude* ont une action souvent incertaine sur la température, ils accentuent la tendance aux hémorrhagies, aux épistaxis, aux hémorrhagies intestinales, provoquent de la dyspnée, de la congestion pulmonaire, du délire et de l'agitation. Il en est de même de l'*acide phénique* dont on a peut-être dit trop de mal, mais qui produit des frissons, des sueurs abondantes, de la dyspnée, de la congestion pulmonaire, et dont l'administration peut être suivie de phénomènes de collapsus parfois inquiétants. Quant à la *résorcine*, elle n'a aucune action sur la fièvre des phthisiques, elle détermine des vertiges, des bourdonnements d'oreille, comme la quinine et les composés salicyliques, et n'exerce qu'une faible action sur la température des typhoïdiques. Je ne parle que pour mémoire des *bains froids* qui n'entreront jamais dans la pratique usuelle parce qu'ils réclament des précautions inouïes, qui ne peuvent être appliqués à toutes les affections fébriles, qui ne sont doués d'aucune propriété antiseptique et qui exposent souvent les malades à des accidents réels. Enfin, la *kaïrine* (un dérivé de la quinoline), découverte par Otto Fischer (de Munich) et expérimentée pour la première fois par Filehne (d'Erlangen), détermine, il est vrai, un abaissement subit de la température, mais qui ne dure pas, de sorte qu'on est obligé de soumettre toutes les demi-heures ou toutes les heures le malade à l'action du médicament ; elle donne lieu, au moment de l'ascension secondaire de la température, qui se fait trop brusquement, à des sueurs profuses et à des frissons violents d'une demi-heure environ et qui peuvent atteindre une durée de trois heures, comme nous en voyons un exemple frappant dans la thèse récente de M. Girat; enfin son action antipyrétique ne se produirait qu'à la condition de déterminer dans le sang des modifications globulaires souvent fort sérieuses.

Quant à l'action antithermique des alcaloïdes du *québracho,* et surtout des sels d'*aspidospermine*, de *québrachine* et d'*hypoquébrachine* que nous avons reconnue dans nos expériences faites en commun avec M. le docteur Eloy, elle n'est pas encore sortie du domaine expérimental, et dans tous les cas, ces divers agents essayés, par nous dans la fièvre typhoïde, n'ont abouti encore qu'à de faibles abaissements de température.

---

les traitements les plus variés. Il faut rompre avec les vieilles traditions, les vieilles théories, les vieux systèmes qui ont donné des résultats si peu satisfaisants.

Le fait que des personnes attaquées du choléra succombent parfois en vingt ou trente minutes démontre que le poison cholérique est répandu dans le cerveau et le système nerveux; le malaise et la prostration des malades parlent aussi dans le même sens. Le choléra est donc une névrose.

Quant à la diarrhée, aux évacuations profuses, elles constituent une véritable hémorrhagie, qui diminue dans des proportions énormes la masse du sang, et prive ainsi le cerveau et le cœur de leur stimulant naturel. Névrose hémorrhagique, telle est donc la définition rationnelle du choléra d'après ses symptômes.

Le traitement découle naturellement de ces prémisses. La vacuité, l'anémie du cerveau, conséquences des pertes en liquides. se manifestent clairement par la rétraction des traits du visage, l'enfoncement des globes oculaires, la soif, l'aphonie, le dessèchement des mains, le refroidissement général. On remédie à tout cela par un moyen d'une simplicité idéale : par la *position* du corps. Position franchement horizontale dans les cas moyens, inclinée la tête en bas dans les cas graves, l'une ou l'autre maintenue sévèrement jusqu'à apparence de réaction. On fait refluer ainsi au cerveau et au cœur tout le sang disponible; affaire de physique, d'hydrostatique, pas autre chose. C'est, en en un mot, l'inversion appliquée au traitement du choléra. Outre son heureuse influence sur la circulation cérébrale, elle a un autre avantage ; elle empêche le contenu liquide des intestins de peser sur l'extrémité inférieure de ceux-ci, et d'y provoquer mécaniquement de l'inflammation et du catarrhe.

Si l'inversion, graduée suivant l'intensité du mal, est la base du traitement, elle n'en

Un bon antithermique serait donc celui qui abaisserait la température d'une façon progressive, qui la maintiendrait pendant assez longtemps au niveau de la normale, qui agirait dans toutes les affections fébriles et qui ne déterminerait aucun effet fâcheux sur l'organisme. Toutes ces qualités sont-elles réunies dans un nouveau médicament, l'*antipyrine* qui, isolée pour la première fois par le docteur Knorr (de Munich) vient d'être l'objet de travaux importants en Allemagne? C'est ce que nous allons bientôt voir.

L'antipyrine dont la formule et le mode de préparation nous sont inconnus (1), serait un alcaloïde oxygéné, dérivé de la quinoline qui aurait été retirée par synthèse des éléments du goudron de houille, et qui a d'abord reçu le nom barbare de *diméthyloxychinicine*, en raison de sa constitution chimique. Elle se présente sous la forme d'une poudre d'un blanc légèrement grisâtre ou jaunâtre, cristalline, d'une odeur à peine appréciable, d'un goût un peu aromatique et amer; très soluble dans l'eau et l'alcool, prenant une teinte très fortement rouge par l'addition de quelques gouttes de perchlorure de fer qui décèlent ainsi sa présence dans l'urine des malades soumis à ce médicament.

D'après Filehne (d'Erlangen) qui, le premier, a fait connaître les propriétés antithermiques de l'antipyrine (2), une dose de 4 à 6 grammes donnée en trois fois à une heure d'intervalle, abaisse sûrement la température d'une façon lente et progressive jusqu'au chiffre normal; cette action se maintient pendant six à huit heures, quelquefois pendant un temps plus long encore, dix-huit à vingt heures, et l'ascension secondaire de la température qui n'est pas brusque comme pour la kaïrine, ne s'accompagne ni de frissons, ni de sueurs profuses, ni de tendance au collapsus. Les malades

(1) Le docteur Knorr (de Munich) n'a donné ni la formule chimique du médicament, ni ses moyens de préparation. Il y a certainement là une anomalie que nous signalons et regrettons à la fois pour l'honneur d'un vrai savant. Mais le fait en lui-même importe peu : le médicament est *d'une activité remarquable,* et l'intérêt des malades doit toujours passer avant toute espèce de considération personnelle ou autre. On verra plus loin, du reste, les réactions chimiques qui caractérisent cette substance.

(2) W. Filehne. *Ueber das antipyrin, ein neues antipyreticum* (*Zeitschrift f. Klin. med.* B. VII, p. 641.)

fait pas tous les frais ; il s'y joint d'autres moyens, qui témoignent d'un sage éclectisme. L'estomac étant fermé à l'absorption par les vomissements, c'est à la voie hypodermique qu'il faut recourir. Et celle-ci doit servir à administrer la morphine, *the king of the nerve-remedies*, le roi (ou plutôt la reine) des modificateurs du système nerveux. Elle ne convient d'ailleurs qu'au début, et à petites doses, et expose aux plus graves dangers si on la donne aux périodes avancées de la maladie.

La morphine seule, avec ces restrictions, doit être employée parmi les narcotiques ; tous les autres sont nuisibles. Le chloroforme, au contraire, rend les plus grands services, en potion et en inhalations ; il est surtout efficace contre les crampes. Enfin, comme compléments indispensables, de la glace par petits fragments, de l'eau très froide par gorgées, des frictions énergiques et le réchauffement extérieur à tout prix.

Le traitement ainsi combiné a donné de bons résultats, celui-ci entre autres : un homme a une attaque de choléra des plus violentes; prostration extrême, pouls à 140, à peine perceptible. Dans cet état, la morphine est contre-indiquée. On place le malade dans la position inclinée, la tête en bas, on donne de la glace, on fait des frictions et des applications chaudes, et des inhalations de chloroforme pour combattre les crampes. Au bout d'une heure, le pouls s'est relevé, on fait une injection de morphine d'un centigramme, répétée ensuite à de longs intervalles, les autres moyens étant toujours continués. Le cas se termine par guérison.

*
* *

Je me suis demandé si les théories et la pratique du docteur Rogers ne provoqueraient

éprouvent même une sensation de bien-être, ils n'ont que quelques sueurs d'une durée de 10 à 20 minutes au maximum, trois quarts d'heure environ après l'administration du médicament. Le pouls suivrait une marche parallèle à la température et diminuerait de fréquence, quoique nos observations ne nous aient appris que peu de choses à ce sujet. L'action du médicament sur la tension artérielle, sur la contractilité cardiaque n'est pas encore nettement démontrée. L'antipyrine s'élimine par les urines, peut-être par les sueurs, mais dans ce premier liquide on peut reconnaître la réaction caractéristique du perchlorure de fer, une heure après l'administration du médicament, et cela encore après trente-six et même quarante-huit heures.

Ses inconvénients sont presque nuls : les sueurs peuvent cependant devenir abondantes, mais on les éviterait en ordonnant, dix minutes avant la première prise d'antipyrine, 5 milligrammes d'agaricine ou 1/2 milligramme d'atropine ; sa saveur un peu amère peut être masquée par l'addition d'un peu d'eau de menthe. Son administration ne détermine rien qui rappelle l'ivresse quinique ou salicylique ; peu ou pas de bourdonnements d'oreilles, pas de surdité ; on constate parfois une faible chaleur à la tête, une sensation d'enchifrènement nasal qui peut aller jusqu'à des éternuements répétés, comme nous l'avons vu dans une de nos observations ; une légère dilatation des vaisseaux cutanés qui, dans quelques cas rares, peut aller jusqu'à la production d'un exanthème signalé par Ernst (de Zurich) et Masius (de Bruxelles) (1). Chez quelques malades, cependant, l'antipyrine produit de l'intolérance stomacale, un peu de constriction pharyngée, un peu de répugnance et des vomissements, qui obligent alors de recourir aux injections sous-cutanées, et à la voie rectale.

Dans la médecine infantile, Penzoldt et Sartorius (2) donnent trois fois à à une heure d'intervalle autant de décigrammes que l'enfant compte d'années.

(1) Cet exanthème s'est produit sur cinq malades observés par Ernst. C'était un exanthème rubéoliforme siégeant surtout sur le tronc (Ernst. *Centralblatt für klin. med.*, 1884, n° 33. — Masius. *Ann. de la Soc. méd. chir. de Liège*, 1884, p. 386).

(2) Penzoldt et Sartorius. *Antipyrin in der Kinderpraxis.* (*Berl. klin. Woch.* 1884, n° 30.)

---

pas chez nous le rire et l'incrédulité, et, dans le doute, j'en ai conservé la relation pour ces *Causeries*, où un sérieux imperturbable n'est pas de rigueur, au lieu de les hisser jusqu'aux étages supérieurs du journal. On peut être tenté de taxer de fantaisie cette invention de retourner les cholériques pour leur humecter le cerveau ; qui sait pourtant s'il n'y a pas là une idée heureuse? Son auteur la défend très sérieusement, et affirme s'être fort bien trouvé du traitement qu'il en a déduit. L'inversion est déjà connue d'ailleurs comme une ressource héroïque dans deux circonstances, les hémorrhagies utérines et l'asphyxie par les anesthésiques. Ces deux éléments se trouvent précisément réunis dans le choléra, l'hémorrhagie sous forme de spoliations séreuses, l'asphyxie sous forme d'algidité. Le principe lui-même, de changer la répartition des liquides par la position du corps, ne semble-t-il pas un proche parent, un précurseur du traitement par les injections intraveineuses, que les tentatives de M. Hayem à l'hôpital Saint-Antoine vont peut-être introduire définitivement dans la thérapeutique du choléra, et qui aurait été aussi l'objet, si je suis bien informé, d'expériences décisives dans le service des cholériques au Val-de-Grâce ? L'emploi du chloroforme en inhalations modérées, et à très petites doses, est aussi à considérer parmi les recommandations de M. Rogers, qui n'ont rien de paradoxal dans leur ensemble. Car il insiste avant tout sur l'importance de tout dérangement intestinal en temps de choléra, et la nécessité de combattre activement les diarrhées dès leur première apparition.

L'utilité de la position horizontale ou inclinée pour les cholériques devrait être signalée au public, selon le désir de M. Rogers, afin que tous les malades pussent en bénéficier, dès les premiers instants, avant l'arrivée du médecin. La presse devrait contribuer à répandre cette notion, aussi facile à comprendre qu'à appliquer; si le moyen en

Les applications de l'antipyrine sont nombreuses : Dans la fièvre typhoïde, aux doses de 4 et 6 grammes par jour, Filehne, Guttmann, Falkenheim, etc. (1), en Allemagne, ont pu administrer pendant longtemps le médicament sans provoquer d'accidents; sous son influence, le dicrotisme disparaît, comme Muller l'a remarqué et comme je l'ai moi-même observé sur des tracés sphygmographiques; la durée même de la maladie a paru diminuée, et les docteurs May, Rapin et Sécrétan (2) affirment avec raison que l'antipyrine est bien supérieure au sulfate de quinine et aux bains froids par l'intensité et la durée des effets antipyrétiques. C'est ainsi que l'on pourrait faire évoluer, pour ainsi dire, la fièvre typhoïde sans fièvre, et cela sans inconvénient pour le malade. Enfin, dans toutes les maladies fébriles, les pneumonies, l'érysipèle, le rhumatisme articulaire aigu, la diphthérie, la fièvre puerpérale, etc., l'administration du médicament a toujours été suivie d'heureux effets et de la chute de la température. Mais, comme l'antipyrine est un antipyrétique et non un antipériodique à l'instar du sulfate de quinine, il en résulte qu'elle a échoué contre les fièvres intermittentes, même à la dose de 25 grammes dans les vingt-quatre heures, dose que je n'oserais jamais, pour ma part, essayer, parce qu'elle peut avoir un danger réel, et substituer, comme dans un cas de Masius (de Bruxelles), qui était arrivé à la température de 33°, le danger de l'hypothermie à celui de l'hyperthermie.

Mais il est, comme on le sait, une fièvre extrêmement rebelle à tous les agents médicamenteux, et même au sulfate de quinine, c'est la fièvre des phthisiques. Or, nos expériences, qui ont été surtout dirigées de ce côté, démontrent de la façon la plus formelle que l'antipyrine a une action *puissante* et *certaine* sur ces accidents fébriles.

Voici plusieurs observations que j'ai recueillies dans mon service, avec le concours de mon excellent interne, M. Marciguey.

Observation I. — Une jeune fille de 19 ans, B..., fleuriste, entrée le 23 octobre à l'hôpital Bichat, salle Récamier, n° 13, est atteinte d'une tuberculose à marche rapide,

(1) P. Guttmann. *Ueber die Wirkung des antipyrin.* (*Berl. klin. Woch.*, 1884, n° 20.) — Falkenheim. *Zur Wirkung des antipyrin.* (*Berl. klin. Woch.*, 1884, n° 24.)

(2) May. *Deutch. med. Woch.*, 1884, nos 24 et 25.) — Rapin, Secrétan. (*Revue méd. de la Suisse romande,* n° 11; 1884.)

---

question ne fait pas de bien, on est à peu près sûr qu'il ne peut pas faire de mal, et il n'en coûterait rien de l'essayer un peu. Voilà de quoi les journaux auraient raison de s'occuper, au lieu de parler du choléra à tort et à travers, et de le propager en inspirant la peur, qui est une des causes les plus certaines du développement du fléau; car, en sa qualité de névrose, il est étroitement subordonné aux influences morales, et notamment à la peur. Que dirait donc M. Rogers, qui se plaint déjà des indiscrétions et de l'incohérence des journaux à propos du choléra, s'il connaissait les trafics et les spéculations auxquels la presse se serait prêtée par la manipulation habile des nouvelles de l'épidémie, comme le rapportait mon collègue Simplissime dans sa précédente *Causerie?*

En ce qui concerne les microbes, on pense bien que M. Rogers ne s'en soucie guère et n'est pas tendre pour eux. Le bacille en virgule ne lui inspire aucune confiance, et encore moins d'admiration; on l'a trouvé bien autre part que dans le choléra, et ici par contre, il a échappé à beaucoup d'observateurs très compétents. Les bacilles, en somme, conclut M. Rogers, ne seraient que *simply occasional concomitants of the disease,* chose tout à fait accessoire dans les maladies.

*
* *

C'est un peu ce qui vient de se réaliser pour la fièvre jaune, dont on a trouvé le vaccin avant d'en avoir déterminé le microbe. Aussi M. Pasteur part-il pour le Brésil, afin de mettre le holà à ce renversement dans l'ordre des facteurs. Si le voyage de l'illustre savant nous vaut la confirmation des merveilleux résultats annoncés par

(signes d'induration pulmonaire considérable au sommet droit, pleurésie secondaire du même côté, fièvre presque continuelle avec exacerbation vespérale jusqu'à 40°).

Le 18 novembre, la température étant de 39°8 à 4 heures 1/2 du soir, on lui donne 2 grammes d'antipyrine. Une demi-heure après, à 5 heures, la température a baissé de près d'un degré, elle est à 38°9 ; le pouls, de 114, a descendu à 90 et, à ce moment, on constate seulement une légère moiteur de la peau.

A 5 heures 3/4, temp. 38°2, et, à 7 heures, 37°4. *En une heure un quart, la température a donc baissé sans accident du 2°,4 jusqu'à la normale.*

La malade a passé une excellente nuit, sans sueurs; elle n'a eu ni nausées, ni vomissements, pas de frisson. La présence du médicament a été décelée dans les urines de la nuit par la réaction caractéristique du perchlorure de fer.

Le 19 novembre. — A 4 heures du soir, temp. 40°2 (3 grammes d'antipyrine).

A 4 heures 1/2 et à 5 heures, 39°4 (quelques sueurs).

A 6 heures, 38°6, et, à 7 heures, 38°2.

A 10 heures, 37°8.

Le 20. — A 4 heures, temp., 39° (2 grammes d'antipyrine), et, à 4 heures 1/2, 38°5.

A 5 heures et à 6 heures, 38°.

A 7 heures, 37°6, et, à 10 heures, 37°4.

Le 21. — On ne donne pas d'antipyrine et l'on voit la température monter, mais à un degré beaucoup moindre que les jours précédents.

A 4 heures, temp., 39°5.

A 6 heures, 39°4, et, à 7 heures, 39°.

A 10 heures, 38°8.

On retrouve encore l'antipyrine dans les urines.

Le 24. — A 9 heures du matin, la température est de 38°.

A 4 heures, 39°4 (2 grammes d'antipyrine).

A 4 heures, 1/4, 39°.

A 4 heures 1/2, 38°5.

A 5 heures et à 6 heures, 38°.

A 7 heures 1/2, 37°5, et, à 7 heures, 37°2.

Le 25. — La température du matin est de 38°; la malade a deux vomissements qui n'ont certainement pas été produits par le médicament, car ils se reproduisent sans cause le jour suivant; la température revient à 39° le soir (la malade ne prenait plus d'antipyrine) et l'on constate, aujourd'hui 26 novembre, la réaction urinaire par le perchlorure de fer, trente-six heures après la dernière prise du médicament.

Obs. II. — Le nommé M..., 36 ans, employé de la Banque, entre le 17 octobre, salle Andral, n° 25. Excavation aux deux sommets, amaigrissement considérable, fièvre hectique, diarrhée, etc.

---

nos confrères de Rio-Janeiro, il y aura une victoire de plus à l'actif des doctrines parasitaires; et c'est encore en France, dans le laboratoire de la rue d'Ulm, que cette victoire aura été préparée. Déjà, pour la rage, comme pour la fièvre jaune, le vaccin avait devancé le microbe; et, autrefois, Jenner avait découvert le premier de tous les vaccins sans rien entendre aux microbes. Il serait donc permis, sans trop d'irrévérence, de remercier un jour les microbes et de leur signifier qu'on peut se passer d'eux, tout en se déclarant enchanté d'avoir fait leur connaissance.

L'absence de M. Pasteur va le soustraire pour un temps aux malédictions des habitants de Villeneuve-l'Etang et autres localités, qui se sont prises d'une fureur tout à fait comique contre l'introduction sur leur territoire de quelques animaux en expérience. D'abord, il ne s'agit pas de peupler les environs de Paris de chiens enragés, mais, au contraire, de chiens réfractaire à la rage, de par l'inoculation du virus rabique atténué; ces pauvres bêtes seraient donc inoffensives, en supposant qu'on les vît se répandre dans la campagne, ce qui ne saurait avoir lieu, car les précautions ne manqueront pas pour les retenir chez elles. Que nos concitoyens de la banlieue se rassurent; ils pourront avoir chez eux toute une meute de chiens inoculés sans s'en apercevoir et sans courir aucun risque; s'il en était autrement, et si tous les animaux porteurs d'un virus quelconque et utilisés par les savants s'échappaient un jour de leurs cages pour courir dans Paris, la circulation des voitures et des piétons y deviendrait impossible. Voilà le côté plaisant des récriminations formulées par certaines communes où il est question d'installer des enclos pour les recherches de M. Pasteur; mais ces plaintes et ces terreurs ont aussi un côté affligeant. Il est triste, en effet, et peu digne de notre temps et de notre pays, que des entreprises où se débattent les plus grands intérêts de l'humanité soient repoussées

Le 18 novembre, à 4 heures du soir, la température étant de 39°8, le pouls à 108, on pratique une injection hypodermique d'un gramme d'antipyrine, d'après cette formule :

Eau distillée . . . . } ââ 10 grammes.
Antipyrine . . . . }

Injecter une seringue de Pravaz entière.

A 5 heures 1/4, la température n'a baissé que de 5 dixièmes de degré (la dose étant insuffisante); mais, à 7 heures, la température était de 38°3. Une demi-heure après l'administration du médicament, le malade a présenté des sueurs généralisées, peu abondantes du reste.

Le lendemain matin, les urines offrent la réaction caractéristique.

A 9 heures 1/2 du matin, temp. 38°1 (2 grammes d'antipyrine).

A 10 heures, 37°5.

A 1 heure, 36°2.

A 3 heures, 37°, et, à 5 heures, 38°.

Le 20. — A 3 heures, temp. 40° (2 grammes d'antipyrine).

A 3 heures 1/2, 39°2 (sueurs légères).

A 4 heures, 38°, et, à 5 heures, 37°6 (plus de sueurs).

A 6 heures, 37°2, et, à 7 heures, 36°8.

Le 21, on ne donne pas d'antipyrine pour avoir un moyen de comparaison.

A 3 heures 1/2, temp. 39°8.

A 4 heures, 39°3, et, à 5 heures, 39°5.

A 6 heures, 39°4 (hier, à la même heure, 37°2).

Le 22, matin. — 38°4. (On retrouve l'antipyrine dans les urines 36 heures après l'administration du médicament.)

Les jours suivants, la température, qui était ordinairement de 39 à 40°, n'est plus, le soir, que de 38°5.

Obs. III. — Le nommé B..., mouleur en plâtre, 30 ans, entré le 7 novembre 1884, salle Andral, n° 19. (Tuberculose au troisième degré, avec infiltration granuleuse généralisée. Le malade était presque mourant, atteint d'une dyspnée très intense.)

Le 18 novembre, soir, à 4 heures 1/2, temp. 40, puls. 144. (Injection de 1 gramme d'antipyrine.) A 5 heures, 40° ; pouls, 120.

A 5 heures 3/4, 39°8, et, à 7 heures, 39°3.

Ici, peu d'effet sur la température, la dose étant reconnue insuffisante.

On ne retrouve pas, du reste, l'antipyrine dans les urines. Mais, le lendemain soir, la température devient normale.

Le malade meurt dans la nuit.

---

de partout, comme quelque industrie insalubre, au lieu d'être accueillies et sollicitées comme un honneur. On aurait compris que beaucoup d'endroits fussent jaloux de donner l'hospitalité aux sujets de M. Pasteur, et de s'associer ainsi aux découvertes dont ils sont les agents, tandis qu'on considère leur arrivée comme une calamité, sous prétexte qu'ils casseront les cloches à melons dans les jardins, ou que leur présence fera déserter les bois où les Parisiens ont l'habitude de manger un gigot froid sur l'herbe, le dimanche. Il faut espérer qu'on passera outre, et que les droits de la science l'emporteront sur le prix des terrains et les revenus des guinguettes.

*
* *

Si je reviens discrètement sur un incident déjà épuisé, qui a fait plusieurs fois le tour de la presse en partant de l'Opéra-Comique, c'est que la médecine y a été mêlée d'assez près. On se rappelle l'aventure : Une artiste, chargée du rôle de Rosine dans le *Barbier de Séville*, est entrée en scène dans un état de trouble qui a été pris aussitôt, par tous les spectateurs, pour de l'ébriété. Le lendemain, les commentaires ont afflué pour expliquer ce malaise subit, que l'on se refusait à mettre sur le compte de la boisson. Il y a eu, comme après toute espèce d'événements, des gens pour proclamer que la chose ne les étonnait pas, et qu'ils avaient surpris des indices révélateurs chez la même artiste dans beaucoup de représentations antérieures; on connaît ce genre de prophètes, qui ont prévu tout ce qui arrive, et qui longtemps à l'avance se doutent de quelque chose. Sauf pour cette partie du public, la surprise parut tellement forte au plus grand nombre, qu'on accepta volontiers les raisons qui furent alléguées après le premier moment d'émotion.

Obs. IV. — Mlle D..., sans profession, 21 ans, salle Récamier, n° 4, entrée à l'hôpital le 22 octobre 1884. (Phénomènes cavitaires au sommet gauche, ramollissement au sommet droit, fièvre continue, hémoptysies fréquentes et abondantes.) L'emploi de la résorcine, du sulfate de quinine, de l'aconit, etc., n'est jamais parvenu à abaisser la température, même d'un 10e de degré.

Le 14 novembre, à 3 heures 1/4, temp. 40° (2 grammes d'antipyrine).

A 3 heures 3/4, 39°3, et, à 4 heures 1/2, 38°2.

A 5 heures, 38°6, à 6 heures, 38°, et, à 7 heures, 37°.

Le 15. — A 4 heures, temp. 39°8 (2 grammes d'antipyrine).

A 4 heures 1/2, 39°6, et, à 5 heures, 39°.

A 5 heures 1/2, 38°8, à 6 heures, 38°5, et, à 6 heures 1/2, 38°.

Le 16 et le 17, on ne donne pas d'antipyrine pour comparer la température aux mêmes heures, et elle est de 39 à 39°5 de 3 heures de l'après-midi jusqu'à 10 heures du soir.

Le 19. — A 2 heures 1/2, temp. 40°.

A 4 heures 1/4, 39°8 (3 grammes d'antipyrine).

A heures 3/4. (bouffées de chaleur vers la tête, enchifrènement nasal, besoins incessants d'éternuer, sueurs généralisées, pouls fort, impulsion cardiaque plus énergique).

A 5 heures 1/4, 37°2 (les sueurs disparaissent), et, à 7 heures, 37°.

Les jours suivants, jusqu'au 25 novembre, on cesse l'antipyrine, mais on remarque que la température, au lieu d'atteindre son chiffre habituel de 40°, ne dépasse pas 39° ou 39°4. (*A suivre.*)

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1884.

Paris. — Le 25 novembre peut être considéré comme le dernier jour du choléra officiel dans la capitale. En effet, depuis cette date, l'administration ne donne plus d'informations au public, informations dont on appris d'ailleurs à mesurer la valeur. Elle a donc loisir pendant tout l'hiver, d'améliorer quelque peu ce service pour l'avenir et pour le cas où le printemps s'accompagnerait d'une nouvelle explosion cholérique.

Depuis trois jours les cas sont rares et les décès plus rares encore, puisque la mortalité cholérique est progressivement descendue à 16, 13, 7 et 4 victimes. Aussi, l'heure serait venue de passer en revue les mesures sanitaires autour desquelles on a fait grand bruit, et de juger surtout de leur application. Cet examen instructif demande du temps, le concours de quelques volontés et la connaissance de certains documents administratifs. Nous y reviendrons.

Dans la banlieue, on observe la même atténuation. Il faut donc tenir compte à l'épi-

---

Parmi ces raisons, il s'en trouva une pourtant qui ne fut point du goût de tout le monde. On avait prétendu que le malaise de Mlle V. Z. avait été provoqué par une potion au phosphore, qu'elle avait absorbée dans la journée pour s'éclaircir la voix, selon l'habitude de beaucoup de chanteurs. Voilà précisément où le cas devient piquant. C'était d'une potion homœopathique qu'il s'agissait, et l'homœopathie se trouvait ainsi accusée, par un comble d'invraisemblance, d'avoir fait quelque chose à quelqu'un; non seulement la potion au phosphore avait produit des effets, mais ces effets étaient allés jusqu'à une sorte d'empoisonnement. C'était vraiment trop fort, et il fallait couper court à de si ridicules commérages; une intervention autorisée en a fait prompte et bonne justice, en publiant que la potion incriminée ne pouvait être pour rien dans l'affaire, attendu que les remèdes homœopathiques sont trop inoffensifs pour être soupçonnés d'avoir jamais dérangé personne. On le savait déjà, mais cette affirmation empruntait aux circonstances une saveur particulière. La potion contenait du phosphore (*phosphorus* pour les disciples d'Hahnemann) à la cinquième dilution, c'est-à-dire un peu moins qu'il n'y en a dans les allumettes de la régie.

On va peut-être croire que je suis prêt à me lancer dans cette vieille rengaîne qui consiste à dire du mal de l'homœopathie. Ce n'est pas cela du tout; j'éprouve au contraire un embarras et une gêne extrêmes de ne pouvoir pas dire de l'homœopathie tout le bien que j'en pense. Si elle n'existait pas, il faudrait l'inventer, car elle est indispensable au bonheur du genre humain. Il y a une nombreuse catégorie de malades qui sont faits pour l'homœopathie, comme l'homœopathie est faite pour eux; sans elle, nous ne saurions que faire de ceux-là et nous n'en viendrions jamais à bout. Cette affinité intime entre le malade et le globule, dont nous voyons tous les jours des exem-

démie de la bénignité de son génie avant de proclamer à grande voix les heureux bienfaits d'une administration qui se croit providentielle. C'est, pour elle, l'heure du triomphe; je veux dire des médailles et des décorations; puisse ce choléra, qui, à Toulon, mérita le nom de maladie des méprises et, à Paris, celui des surprises, ne pas prendre dans l'histoire celui de choléra des décorations! A moins de récompenser nos administrateurs quand ils ignorent les ressources hospitalières dont ils disposent en commissionnant des médecins pour des baraquements inconnus des bureaux, qu'ils distribuent l'eau de canal au lieu d'eau de source, ou bien qu'ils se pâment d'étonnement à la réception des rapports des commissions d'hygiène locale, dénonçant des maisons ou des masures insalubres, alors surtout que la ville de Paris en est le négligent propriétaire, comme on peut aisément en donner de regrettables exemples.

Départements. — Des cas isolés sont signalés de divers côtés; mais, à l'heure actuelle, les deux foyers d'Yport et de Nantes sont éteints. Excepté en Algérie, où le choléra fait quotidiennement quelques victimes à Oran, la liquidation de l'épidémie s'opère très silencieusement.

Étranger. — Par contre, en Espagne, le retour de la maladie, que nous mentionnions samedi dernier, n'est pas sans gravité. Le choléra fait des victimes à Bencopa, et surtout à Tolède, où leur nombre s'élève à 7 ou 8 quotidiennement. — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 24 novembre 1884. — Présidence de M. Rolland.

M. le ministre du commerce adresse à l'Académie le volume de la *Statistique générale de la France* pour l'année 1884.

M. Raoult envoie une note sur les différences d'abaissement de température que l'on peut constater selon que l'on faite dissoudre dans l'eau un sel double, ou simplement chacun des sels qui le constituent. Ainsi le sulfate double de potasse et de magnésie abaisse davantage la température que ne l'abaisse le sulfate de potasse et le sulfate de magnésie dissous successivement. Dans le premier cas, le chiffre de l'abaissement est plus considérable que la somme des deux autres.

M. Gérard, qui se déclare modestement sans compétence dans la question, écrit une lettre sur le choléra dans laquelle il considère le choléra comme un élément, à l'égal de la chaleur, de l'électricité, etc.

ples, est l'excuse et la raison d'être de l'homœopathie; la doctrine qui a donné toutes les apparences d'une consécration scientifique à la *mica panis* et à l'*aqua fontis* n'est pas une doctrine méprisable. Pour moi, j'ai souvent regretté amèrement, en face de certains clients, de ne plus savoir assez de latin pour les mettre à l'homœopathie, et de n'avoir pas assez de courage pour la leur conseiller; il ne me restait alors d'autre ressource que d'attendre patiemment et de voir venir avec une douce joie le moment où ils m'abandonneraient d'eux-mêmes pour aller puiser la vérité à une autre source. Et ce moment ne manquait jamais d'arriver tôt ou tard. Car la nature prévoyante a si bien arrangé les choses, qu'il y a des médecins homœopathes pour les malades prédestinés à l'homœopathie.

P. Dubray.

Injection antiblennorrhagique. — Cambillard.

Bromure de potassium.	6	grammes.
Laudanum de Rousseau.	2	—
Glycérine pure.	10	—
Eau distillée.	150	—

Faites dissoudre. — Quatre injections par jour, dans la blennorrhagie aiguë, avec érections douloureuses. La dernière injection sera pratiquée immédiatement avant le coucher. — Le séjour de l'injection dans l'urèthre doit être prolongé une ou deux minutes, pour en assurer l'effet calmant. — N. G.

M. Maurice LÉVY dépose sur le bureau une note de M. Cabanellas, concernant la perte de force dans les machines dynamo-électriques en marche.

M. VULPIAN communique le résultat des expériences de MM. Nicati et Riesch sur les liquides de culture des bacilles. Ces liquides, dépouillés des bacilles, continuent à être toxiques lorsque la culture est ancienne, et sont inoffensifs dans le cas contraire.

M. Nicati a trouvé, comme M. Gabriel Pouchet, que les acides biliaires, chez les cholériques, existent dans le sang, et il se demande si la plupart des symptômes du choléra ne doivent pas leur être attribués.

M. VULPIAN dépose sur le bureau, de la part de M. le professeur G. Sée, son collègue à la Faculté, le travail suivant sur les pneumonies infectieuses et parasitaires.

Sur les pneumonies infectieuses et parasitaires

Par M. Germain SÉE.

I. *Histoire succincte des épidémies de pneumonie.* — Lorsque, dans ces dernières années, la pneumonie était regardée comme le type des inflammations franches, la cause de cette inflammation était attribuée au refroidissement.

Frappé par l'observation d'un certain nombre de faits dans lesquels j'avais vu la pneumonie se comporter comme les maladies les plus nettement infectieuses, attaquant successivement plusieurs membres d'une même famille, j'ai, dans mes leçons cliniques faites à l'Hôtel-Dieu, réagi dès 1882 contre la doctrine classique, et cherché à faire prévaloir l'idée de la nature infectieuse de cette maladie.

Depuis lors, de nombreuses observations, publiées en Angleterre, en Allemagne, etc., sont venues appuyer ma manière de voir et attester que, dans bien des circonstances, la pneumonie se développe comme la fièvre typhoïde, se répandant dans une prison, une caserne, une école, un village, atteignant un grand nombre d'individus, à la manière des maladies les plus nettement parasitaires.

Une question se posait dès lors : ces pneumonies épidémiques devaient-elles être considérées comme des pneumonies spéciales, absolument distinctes de la pneumonie ordinaire ?

Par respect pour la tradition, on pouvait encore admettre cette dualité il y a deux ans. Aujourd'hui, l'identité des deux espèces d'inflammation pulmonaire est démontrée. Il n'y a pas de pneumonie due au refroidissement; qu'elle se produise à l'état sporadique ou à l'état épidémique, la pneumonie est toujours parasitaire.

II. *Description du parasite.* — Cette démonstration a été faite simultanément en Allemagne par Friedlander, et en France par mon chef de clinique Talamon, qui a poursuivi ses recherches sur des malades de mon service et fait ses expériences dans mon laboratoire de l'Hôtel-Dieu.

D'après Talamon, le parasite de la pneumonie est un micrococcus ovalaire de 1 μ à 1 μ et demi de long sur un demi μ à 1 μ de large; on le retrouve constamment dans les parties du poumon hépatisé. Vu dans l'exsudat fibrineux, il a la forme *d'un grain de blé.* Cultivé dans un milieu liquide, dans une solution d'extrait de viande alcalinisée, il s'allonge, s'effile et prend l'aspect d'un grain d'orge. Il est tantôt isolé, tantôt accouplé par deux, sous forme de diplococcus, parfois en chaînettes de quatre.

La description de Friedlander se rapproche de celle de Talamon; mais l'auteur allemand a signalé l'existence, autour des coccus pneumoniques, d'une capsule qu'il regarde comme l'élément essentiel caractéristique du parasite. Cette capsule n'existe pas; elle n'appartient pas au micrococcus; elle est le résultat du mode de préparation et de coloration de l'exsudat. Frankel, au dernier Congrès de médecine de Berlin, a déclaré que la formation de la capsule n'est pas un phénomène constant; que cette apparence capsulaire se constate autour d'autres micro-organismes, et qu'il n'est pas possible de considérer les capsules comme la caractéristique du micrococcus de la pneumonie. Friedlander lui-même, répondant à Frankel, paraît avoir renoncé à l'idée de faire de cette prétendue capsule le signe distinctif du parasite pneumonique.

III. *Expériences d'inoculation.* — Quoi qu'il en soit, le micrococcus n'a pas été seulement constaté dans les poumons enflammés; il a été isolé, cultivé dans un milieu liquide ou solide; et, inoculé à des animaux, il a reproduit la pneumonie lobaire telle qu'on la voit chez l'homme. Jusqu'à présent, aucun agent irritant introduit dans les voies respiratoires n'avait pu déterminer les lésions caractéristiques de la pneumonie franche; il faut l'action spéciale du parasite pour les provoquer. Friedlander et Talamon, en injectant le micrococcus multiplié par la culture l'un brute dans les poumons de

souris, l'autre dans les poumons de lapins, ont réussi à créer des pneumonies typiques qui ne diffèrent en rien de celles de l'homme. Dans nombre de cas, le microbe, en se répandant hors des poumons et en envahissant les organes voisins, a déterminé en même temps des pleurésies et des péricardites fibrineuses de même nature que l'inflammation pulmonaire.

IV. *Résumé.* — M'appuyant sur ces faits, je n'hésite pas à regarder la pneumonie comme une maladie parasitaire, spécifique. Cette pneumonie peut être reproduite chez les animaux; mais la reproduction est impossible avec les agents irritants ordinaires, physiques ou chimiques. Pour que l'inflammation caractéristique se développe, il est nécessaire qu'un microphyte spécial soit mis au contact du tissu pulmonaire et s'y multiplie. Cette inflammation reste locale, tant que le parasite ne dépasse pas les limites de l'appareil pulmonaire; c'est la pneumonie *simple.* Elle s'étend et se généralise lorsque le microbe envahit les organes voisins ou qu'il pénètre dans la circulation générale, soit par la voie lymphatique, soit par le système vasculaire sanguin; et c'est ce que j'appelle la pneumonie *infectante.*

V. *Distinction des pneumonies et des broncho-pneumonies.* — Cette pneumonie parasitaire doit être absolument distinguée des autres formes de l'inflammation aiguë du poumon qu'on décrit sous le nom de broncho-pneumonie. Les microphytes jouent sans doute aussi un rôle dans ces cas; mais ce rôle est secondaire; la marche de la maladie, aussi bien que l'extension de la lésion, sont ici dominées par l'existence d'une bronchite antérieure due cette fois à l'influence du froid, et par la propagation de cette bronchite aux plus fins canalicules respiratoires et aux alvéoles. Les broncho-pneumonies, développées dans le cours d'une bronchite *a frigore*, n'ont rien de défini dans leur évolution; elles procèdent par poussées successives et irrégulières. Elles ne se voient guère d'ailleurs que dans l'enfance et la vieillesse, et sont rares chez l'adulte bien plus sujet à la pneumonie parasitaire.

VI. *Marche cyclique.* — Analogue à celle des fièvres éruptives, celle-ci, au contraire, a une marche nettement définie. Comme la variole, la rougeole, sa durée est comprise dans des limites fixes et ne dépasse pas ordinairement six à neuf jours. La maladie éclate par une hyperthermie brutale; puis la fièvre reste pour ainsi dire inamovible, à quelques dixièmes de degré près, pendant une semaine environ, poursuivant invariablement sa marche, comme dans toutes les affections parasitaires aiguës, domine pendant ce temps toutes les manifestations locales, tous les signes physiques, puis s'éteint brusquement, le plus souvent le septième jour, laissant pendant une semaine ou deux encore le poumon aux prises avec les restes de l'inflammation.

VII. *Traitement.* — On comprend facilement les conséquences que je tire de cette notion nouvelle de la pneumonie au point de vue thérapeutique. Puisque l'évolution parasitaire se fait en sept jours, il me suffit d'aider le malade à atteindre sans accidents le terme de cette évolution. Je réprouve donc formellement les saignées et le tartre stibié si vantés par nos devanciers. Je n'admets que trois indications :

1° Combattre la fièvre à l'aide du sulfate de quinine et de l'antipyrine;
2° Soutenir les forces du malade à l'aide de l'alcool;
3° Lutter contre l'inanition au moyen de boissons alimentaires.

Cette expectation nourrie est le traitement qui m'a donné les résultats les plus satisfaisants.

— M. Gosselin, au nom de M. Colin (d'Alfort), dépose sur le bureau une étude relative au pouvoir comparatif des divers désinfectants préconisés contre le choléra. Les expériences ont été faites sur les liquides provenant du choléra des poules. Les deux désinfectants par excellence, selon M. Colin, sont le sulfate de cuivre et le chlorure de zinc. Ils sont de beaucoup supérieurs au chlorure de chaux ou de borax.

M. Bouley a reçu une lettre chargée dont l'auteur le prie de déclarer à l'Académie que les vapeurs de térébenthine, respirées à de courts intervalles et pendant un temps assez long, sont, comme l'ozone, très efficaces contre le choléra. La lettre ne mentionne aucune expérience; les affirmation qu'elle contient ne sont donc que de purs *priori.*

De la part de M. Robin, absent, M. Bouley dépose sur le bureau le travail d'un correspondant relatif à la reproduction des bacilles par bourgeonnement et par spores. Ces dernières, une fois desséchées, ne se développent pas, mais elles peuvent être revivifiées par l'humidité, et ainsi s'expliqueraient les faits de contagion tardive par des linges souillés, puis desséchés, et, enfin, envoyés au lavage.

M. Blanchard fait, au nom de M. Balbiani, une communication relative au phylloxera, mais il se trompe dans son discours, et, à deux reprises, il prononce choléra pour phylloxera. M. Fremy l'avertit amicalement de son erreur. « Pardon, répond M. Blanchard, j'ai parfaitement dit : phylloxera ; mais ce diable de choléra est dans toutes les oreilles, et vous avez cru l'entendre. » N'est-ce pas bien naturel? — M. L.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 16 au 22 novembre 1884. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1,306. — Fièvre typhoïde, 22. — Variole, 0. — Rougeole, 28. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 6. — Diphthérie, croup, 31. — Choléra, 238. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 4. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 50. — Phthisie pulmonaire, 203. — Autres tuberculoses, 7. — Autres affections générales, 64. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 66. — Bronchite aiguë, 33. — Pneumonie, 81. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 43 ; au sein et mixte, 29 ; inconnues, 7. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 87 ; circulatoire, 73 ; respiratoire, 106 ; digestif, 44 ; génito-urinaire, 23 ; de la peau et du tissu lamineux, 3 ; des os, articulat. et muscles, 8. — Morts violentes, 34. — Causes non classées, 9.

Pendant la semaine du 16 au 22 novembre, 1,306 décès ont eu lieu à Paris, done 238 par choléra. Ce dernier chiffre additionné à ceux que nous avons déjà publiés, porte à 866 le nombre des victimes que le choléra a faites depuis le début de l'épidémie jusqu'au 22 novembre.

L'épidémie tend à décroître, et à décroître sur place, dans les lieux mêmes où elle a pris naissance, à savoir dans le IVe, le XIe, et le XIXe arrondissement.

Les autres maladies épidémiques continuent à être relativement assez rares à Paris.

La Fièvre typhoïde (22 décès pendant la semaine du 16 au 22 novembre, et 21 pendant la semaine du 7 au 13 novembre) présente toujours une rareté assez surprenante dans cette saison.

La Rougeole (28 décès au lieu de 29) s'est montrée plus fréquente qu'à l'ordinaire pendant le mois d'octobre dernier. Cette fréquence est due exclusivement à deux foyers épidémiques l'un dans le quartier de la Maison Blanche (4 décès) où elle sévit depuis plus de deux mois, l'autre dans les quartiers d'Amérique (3 décès), du Combat (2 décès) et de Belleville (3 décès).

La Diphthérie (31 décès au lieu de 20 pendant la semaine du 7 au 13 novembre) présente une légère aggravation. La Variole (pas de décès depuis le 7 novembre), la Scarlatine (1 décès) et la Coqueluche (6 décès) continuent à être très rares. L'Athrepsie (gastro-entérite des jeunes enfants) reste à peu près stationnaire (79 pendant la semaine dernière, 83 du 7 au 13 novembre ; 67 et 64 pendant les deux semaines qui ont précédé l'apparition du choléra).

On a célébré, pendant la semaine dernière, 290 mariages ; c'est un des chiffres les plus faibles qu'on ait observés cette année.

On a enregistré 1,284 naissances (665 garçons et 619 filles) dont 965 légitimes et 319 illégitimes ; parmi ces derniers, 59 ont été reconnus immédiatement par l'un des deux parents.

Enfin, on a compté 105 mort-nés (70 légitimes et 35 illégitimes).

Dr Jacques Bertillon,
Chef des Travaux de la Statistique municipale de la Ville de Paris.

COURRIER

Nécrologie. — On annonce la mort de M. le docteur Amédée Cailliot, ancien professeur de chimie à la Faculté de médecine de Strasbourg, décédé à l'âge de soixante-dix-neuf ans. M. Cailliot avait, pendant près de quarante ans, avec un zèle et une ardeur qui ne se sont jamais démentis, dirigé les études scientifiques d'un grand nombre d'élèves. Après la guerre de 1870, il s'était résigné à la retraite, mais il continuait à travailler dans le laboratoire de son ancien élève, de son ami le professeur Würtz.

Le Gérant : G. Richelot.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

De la nature et du traitement de l'ozène (1)

(Communiqué au troisième Congrès otologique international. — Bâle, septembre 1884)

Par le docteur LŒWENBERG.

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC.

Je ne parlerai pas des croûtes ni de la fétidité, ni des caractères d'atrophie qui font facilement reconnaître l'ozène confirmé. Je n'ajouterai aux signes connus que la constatation du coccus par l'examen microscopique et quelques phénomènes de moindre importance que j'ai rencontrés dans beaucoup de cas. C'est d'abord un *nasillement* particulier qui me paraît dû à la résonnance des sons de la voix dans les fosses nasales fortement élargies. J'ai déjà mentionné les filaments de mucosités que j'ai constamment vus tendus entre les cornets et le septum ; j'ai également observé souvent des masses muco-purulentes logées au-dessus du cornet moyen. Ces deux phénomènes s'il ne sont pas exclusivement propres à l'ozène m'ont cependant paru plus constants ici que dans d'autres affections nasales.

Nous allons maintenant examiner si la connaissance du coccus pourra nous être utile dans le diagnostic de l'ozène. Elle le sera surtout pour reconnaître cette affection à son début et dans les cas douteux.

J'espère que, grâce à la découverte de ce micro-organisme, nous pourrons d'abord décider si l'ozène débute toujours par un stade hypertrophique, un coryza chronique ou non. Cette question est encore en litige, quelques-uns des meilleurs auteurs la résolvant par l'affirmative, d'autres, non moins compétents, négativement. Quoi qu'il en soit, ceux-là même qui admettent le stade hypertrophique, ne disent pas comment on pourrait reconnaître l'affection à cette époque. Eh bien ! la connaissance du coccus nous permettra de trancher la question. Je conseille de le rechercher, à cet effet, dans tous les cas de catarrhe nasal hypertrophique chez les enfants, et de suivre les phases ultérieures de la maladie. J'ai déjà pu procéder ainsi dans un cas, et je commence des recherches analogues dans d'autres, mais on comprendra aisément que je ne puisse encore présenter des résultats définitifs, ces observations devant naturellement embrasser des années.

Si mes prévisions sont justes, le coccus nous servira pour reconnaître l'ozène de bonne heure, et nous pourrons alors essayer de combattre cette affection dans des conditions plus favorables que cela n'a pu se faire jusqu'ici.

Si l'avenir seul peut décider de la valeur du coccus comme moyen de diagnostiquer l'ozène commençant, il n'en est pas de même pour le second point, car j'ai déjà pu utiliser la connaissance du microbe dans les cas douteux, qui se présentent assez fréquemment au spécialiste. Ce sont d'abord des ozènes véritables, mais avec peu de fétidité et un élargissement médiocre des fosses nasales. Là, le microscope m'a fixé sur la nature de l'affection en démontrant l'existence du microbe caractéristique. Par contre, j'ai pu exclure, par l'absence du coccus, l'ozène dans des cas de rhino-catarrhe chronique avec élargissement (certainement congénital) des cavités du nez mais sans atrophie, résultat important qui m'a permis de rassurer les con-

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 20 et 25 novembre 1884.

frères et les familles sur l'avenir des malades. Outre cela, j'ai eu occasion de voir plusieurs cas d'affections nasales douteuses chez des syphilitiques ou soupçonnés tels. Dans tous ces cas, j'ai trouvé le coccus, et la marche ultérieure a confirmé le diagnostic d'ozène simple.

La connaissance de ce microbe aurait été très utile à *M. Zaufal* pour lui procurer la certitude dans le cas suivant (1). Une jeune femme atteinte d'ozène vint le consulter, accompagnée de son enfant. Trouvant que celui-ci avait le nez conformé extérieurement comme sa mère, M. Zaufal l'examina et trouva que les fosses nasales avaient déjà « pour ainsi dire en germe » la même disposition que celles de la mère, et « qu'à la puberté » (*sic*) l'enfant aurait certainement de l'ozène. (Je ne sais pourquoi le savant spécialiste de Prague insiste sur la puberté, car j'ai très souvent vu l'ozène chez de petits enfants, entre autres chez la petite fille, âgée actuellement de 8 ans, dont j'ai cité le cas page 844, et qui est ozéneuse depuis plusieurs années déjà.) Si M. Zaufal avait connu le coccus, l'examen microscopique du mucus nasal de l'enfant lui aurait démontré la présence ou l'absence du microbe, par conséquent l'existence ou la non-existence de l'ozène.

APPLICATION THÉRAPEUTIQUE.

De la découverte du microbe découle l'indication d'exercer une action énergiquement parisiticide : il faut attaquer les coccus présents, en enlever le plus possible et tuer ceux qui restent, ou au moins entraver leur vitalité au point d'empêcher leur multiplication et leur action décomposante. Dans ce but j'applique les antiseptiques au moyen d'un traitement combiné qui se compose de trois procédés employés journellement chez chaque malade atteint d'ozène. Nous allons les passer en revue l'un après l'autre.

1° La *douche nasale*. Je la fais pratiquer avec la solution d'un des meilleurs microbicides connus, du bichlorure de mercure. Je commence par une partie de sublimé pour 9 à 10,000 parties d'eau et renforce la concentration à mesure que le malade le tolère. La douche est d'un emploi très facile dans l'ozène, à cause de l'excessive ampleur des conduits nasaux, particulière à cette affection. J'ai insisté, dans plusieurs mémoires, sur l'utilité et l'innocuité de ce procédé comme également sur la manière de l'employer et sur la nécessité de bien apprendre au malade, ou à la personne chargée de le soigner, le mécanisme de cette injection avant de leur en confier l'exécution. Il n'est pas besoin de faire ressortir l'importance spéciale de ces conseils, lorsqu'il s'agit d'uue substance aussi toxique que le sublimé. J'ajoute incidemment que je trouve utile chez beaucoup de personnes de leur faire entonner la voyelle *â* pour maintenir le voile du palais levé pendant la douche.

Cette manipulation, tout indispensable qu'elle est, ne suffit cependant pas seule pour appliquer le médicament à tout l'intérieur du nez, car elle ne fait pas pénétrer le liquide dans les parties supérieures des fosses nasales, à moins d'employer une pression et de donner à la tête du malade une inclinaison capables de faire courir aux cavités voisines (surtout à la caisse du tympan) des risques hors de proportion avec le résultat thérapeutique à obtenir. Pour remédier à cet inconvénient, j'ajoute :

2° Le *bain nasal* qui se pratique de la façon suivante : après avoir terminé la douche, le malade incline la tête en arrière jusqu'à ce que les deux narines forment les points les plus élevés des cavités naso-pharyngiennes. Lors donc qu'il continue, dans cette attitude, à remplir *doucement* le nez en introduisant la solution de sublimé par une narine jusqu'à ce qu'elle sorte par l'autre, tout en respirant par la bouche ou en disant *â* (pour maintenir le voile du palais levé), on est sûr que les fosses nasales sont complètement remplies, conformément à la loi des vases communiquants.

(1) Zaufal, *in Prager med. Wochenschrift*, 1877.

Au moyen des deux procédés que je viens de décrire, on enlève une grande partie des coccus avec le mucus qui les renferme, et l'on attaque fortement la vitalité de ceux qui restent, mais l'action n'est que fugitive. J'emploie donc, conjointement avec les manipulations précédentes, un troisième procédé :

3° Après la douche et le bain nasal, on termine le traitement quotidien par des *insufflations de poudre impalpable d'acide borique.* Il faut procéder avec beaucoup de soin pour répandre la poudre également sur tout l'intérieur des fosses nasales et du pharynx supérieur (surtout lorsqu'il existe une forte déviation de la cloison) et pour n'atteindre que ces cavités. Afin de localiser ainsi l'insufflation, je fais, pendant que je la pratique, soutenir au malade la voyelle *â* pour que le voile du palais reste levé et empêche la poudre de tomber dans le larynx. Je recommande ce petit stratagème pour les insufflations de poudres dans les fosses nasales en général ; il est surtout indispensable, lorsqu'il s'agit d'appliquer des substances plus actives, le nitrate d'argent par exemple, dont la pénétration fortuite dans le larynx ou la déglutition doivent absolument être évitées. Je ne sais si d'autres auteurs ont pensé à cette précaution, que je crois importante.

Les insufflations d'acide borique ont pour but d'établir, sur les parois des cavités du nez et du pharynx nasal, une *réserve ou provision de substance antiseptique* se dissolvant dans le mucus à mesure qu'il est sécrété.

Je choisis l'*acide borique* à cause de son innocuité tant appréciée, entre autres en ophthalmologie, et de son excellente action microbicide. Celle-ci est pour moi plus énergique que cela ne paraîtrait d'après les tables dressées par MM. Buchholtz, Miquel et autres savants. Voici, abstraction faite des excellents résultats pratiques, que cette substance m'a toujours donnés, le *raisonnement* que je fais pour expliquer son action thérapeutique. Il ne faut pas juger la puissance antiseptique d'un corps exclusivement d'après le rang qu'il occupe dans les expériences *in vitro*, mais considérer également, lorsqu'il s'agit d'applications à l'organisme animal, dans quelle concentration il est supporté. De ce point dépendent évidemment la dose à laquelle et le laps de temps pendant lequel on peut l'employer ; la tolérance des tissus étant très faible pour les substances qui priment de beaucoup l'acide borique dans les échelles de ces savants, tandis qu'elle est pour ainsi dire infinie pour ce dernier corps, il s'ensuit qu'on peut employer des quantités énormes de celui-ci. On peut même l'emmagasiner en poudre fine dans les organes dont la conformation le permet, par exemple le conduit auditif, et, en cas de perforation, la caisse du tympan. (J'ajoute, en passant, que je me suis bien trouvé, en prescrivant le même produit en poudre, pour combattre d'autres décompositions, les sueurs fétides aux pieds et aux aisselles, par exemple.)

Grâce à une plus grande tolérance de la part de l'organisme, une substance considérablement moins antiseptique qu'une autre d'après les expériences au ballon peut donc, lorsqu'il s'agit d'un but thérapeutique, l'emporter de beaucoup sur un corps plus actif *in vitro*, mais mal supporté par les tissus vivants. Il y a plus, en essayant d'utiliser pour la chirurgie les expériences concernant l'action des substances bactéricides sur les liquides putrescibles, tels que le bouillon, il faut faire entrer en ligne de compte aussi la résistance des éléments histologiques vivants aux microbes qui aide à coup sûr le corps animal dans sa lutte contre ces envahisseurs.

Pour revenir au traitement de l'ozène, les malades atteints de cette affection ne se présentent généralement au médecin que lorsque le travail pathologique est déjà consommé et qu'une mince muqueuse revêt des os atrophiés. A cette époque, on ne saurait plus penser à attaquer énergiquement la pituitaire pour en modifier la sécrétion ou même essayer de la supprimer tout à fait. Mais on devrait tenter d'agir en ce sens au début de l'affection ; le traitement que je viens d'exposer pourra, je l'espère, prévenir l'avènement

de la funeste période ultime du mal. Il y aura encore possibilité, à cette première époque, d'agir vigoureusement sur la muqueuse au moyen du galvano-cautère (surtout du cautère à effet latéral, imaginé par moi pour éviter de blesser la cloison), ainsi que je l'ai déjà conseillé au Congrès de Londres (1). Pour oser entreprendre ce traitement énergique, il faudra nécessairement pouvoir reconnaître l'ozène à ses débuts, chose impossible jusqu'ici, mais qui sera possible, grâce à la découverte du coccus, comme je l'ai exposé plus haut.

Pour terminer l'exposé thérapeutique, un conseil assez banal, celui de faire changer souvent les mouchoirs des malades, les produits de la sécrétion continuant le travail de décomposition en dehors du corps (comme dans les chaussures des pieds hyperhydrotiques). Je pourrais citer, à ce propos, l'exemple d'une dame du monde opulent, obligée de brûler ses mouchoirs que personne ne voulait nettoyer.

LES RÉSULTATS DU TRAITEMENT.

La thérapeutique dont je viens d'exposer le plan donne des résultats excellents en empêchant la stagnation des masses sécrétées et leur décomposition par le coccus. Cette méthode est, de plus, non seulement plus sûre que le traitement par les tampons dont j'ai parlé plus haut, mais aussi infiniment plus propre, surtout pour la vie en commun, le malade n'étant pas obligé, comme avec ce dernier procédé, de retirer chaque jour des bourrelets de coton imbibés d'un liquide répugnant. L'avenir décidera s'il est permis d'espérer, au début du mal surtout, une guérison absolue par *ma méthode*, ce que je ne puis encore affirmer. *Toujours est-il qu'elle obtient non seulement la disparition de la fétidité, et par là la possibilité de rendre le malade à la société, mais encore, ce qui est tout à fait nouveau, un relèvement surprenant de la santé générale.*

J'ai parlé, plus haut, de la pâleur caractéristique, pour moi, des punais et de leur état général peu satisfaisant ; eh bien, après un certain laps de temps, ce traitement leur donne un teint plus frais et une vitalité plus grande. Je pense que cette amélioration de l'état général est due à ce que les malades n'aspirent plus (ni n'avalent plus probablement) les produits nuisibles de la décomposition ozénique du mucus nasal, empêchée désormais pas ce traitement.

BIBLIOTHÈQUE

LE MONDE PHYSIQUE, par Amédée GUILLEMIN. Tome cinquième, LA MÉTÉOROLOGIE.

Tous les ans, lorsque la fin de l'année approche, on me demande de faire connaître des livres qui soient dignes d'être choisis pour offrande du jour de l'an à de jeunes sujets instruits et travailleurs. A cette demande, j'ai en ce moment sous les yeux une magnifique réponse. C'est le livre dont je viens de transcrire le titre, et qui est le dernier tome d'une publication dont j'ai entretenu à plusieurs reprises les lecteurs de l'UNION MÉDICALE.

Et pour qui les notions de la météorologie ne sont-elles pas intéressantes ? Sans quitter notre terrain médical, la météorologie n'est-elle pas un élément précieux de la science de l'hygiène ?

M. Guillemin a traité son sujet avec une grande ampleur, ainsi qu'on peut en juger par les lignes suivantes : « L'étymologie rigoureuse du mot *météore* (élevé, qui se passe en l'air) restreindrait le sens des phénomènes qu'étudie la météorologie à ceux qui ont leur siège, comme le dit fort bien le Dictionnaire de Littré, dans les régions supérieures de l'atmosphère. La météorologie est en réalité la science de tous les phé-

(1) *Virchow's Archiv*, vol. 90 (année 1882), p. 519.

nomènes atmosphériques ; mais il est impossible de séparer l'étude de l'atmosphère de celle du sol et des eaux, dont l'influence sur l'enveloppe gazeuse est si grande et si continue. » C'est cette appréciation vraie et féconde qui a inspiré à Hippocrate son livre *de aere et locis ;* mais, depuis Hippocrate, il s'est écoulé bien des siècles, et la science a fait de grands pas.

Rien n'est plus complexe que la science météorologique, en raison de la multiplicité des faits qu'elle comprend et de l'extrême mobilité de ces faits. « Les effets de cette mobilité incessante à la surface du globe, dans l'atmosphère, au sein des mers, à la surface du sol, vents réguliers ou irréguliers, bourrasques, cyclones, trombes, courants maritimes, puis tout le cortège des phénomènes qui accompagnent cette circulation, nuages et brouillards, pluies, neiges, glaces, etc. ; tel est, dit l'auteur, l'objet propre de la partie de la météorologie que nous nous proposons d'étudier ici plus spécialement. »

Mais, malgré tous les efforts et tous les travaux dont elle a été l'objet, la météorologie est encore une science naissante, et l'auteur n'a pas la prétention de présenter un traité méthodique et complet : « La description la plus simple et la plus claire possible des faits, jointe à celle des instruments ou des procédés à l'aide desquels on les observe ou on les mesure, l'énoncé des lois ou des rapports que l'observation a constatés entre eux, l'exposé des théories proposées pour rendre compte, soit de la production, soit de la succession des phénomènes, en les rattachant à leurs causes physiques ou mécaniques, tel est le programme que nous allons essayer, dit l'auteur, de remplir avec toute la conscience dont nous sommes capables. »

Après avoir nettement formulé ce beau programme, l'auteur, dans un chapitre intitulé *Notions préliminaires*, qui renferme des détails curieux et d'excellents dessins, s'est attaché à faire connaître le théâtre des phénomènes qu'il doit décrire, et nous donne successivement *la forme et les dimensions de la terre, l'étendue et la distribution des terres et des eaux, le relief des continents, la profondeur des mers*. Je viens de dire des détails curieux ; quoi de plus curieux, en effet, que tout ce qui concerne le poids, la densité du globe terrestre, la hauteur et les mouvements des continents, etc., etc. ? On évalue le poids de la terre à six mille cent douze milliards de milliards de tonnes !

Le livre premier a pour objet *l'air et les météores hygrométriques*. La constitution physique et chimique de l'air y est largement traitée, et plus d'un lecteur recherchera avec empressement les chapitres qui font connaître les *poussières inorganiques* et les *poussières organiques* de l'atmosphère, sujet si vivement mis à l'ordre du jour par les travaux justement célèbres de M. Pasteur. Rien n'est plus instructif que les considérations offertes sur la pression atmosphérique, les baromètres, les pluies, les tempêtes, la température de l'air et les thermomètres, les vents, la vapeur d'eau dans l'air ; rien n'est plus intéressant que les notions sur la rosée, la gelée blanche, le givre, sur la formation des brouillards et des nuages, la pluie, la neige, la glace, le verglas. Ici, nous trouvons une classification des nuages selon leurs formes et leur structure, qui intéresse tout le monde, et la description des neiges persistantes, des glaciers, des avalanches, etc.

Le livre deuxième étudie la chaleur interne du globe terrestre et décrit les volcans, les tremblements de terre. Chemin faisant, il signale le forage des puits artésiens et les renseignements qu'ils fournissent, la température des eaux, les sources d'eaux chaudes. L'histoire des sondages de la mer et la description des instruments d'observation est d'un grand intérêt depuis les dernières découvertes de M. Milne-Edwards. L'intérêt n'est-il pas le même pour la description des volcans et de leurs cratères, la composition chimique et minéralogique des laves, les ravages et les dépôts de ces dernières ?

Un pareil livre ne s'analyse point ; il faudrait tout reproduire. Mais on peut donner un jugement d'ensemble. Au point de vue de la science, il est au niveau des connaissances acquises ; au point de vue du style, il est clair, correct et même élégant autant que le comporte la matière. Aussi la lecture en est-elle facile et agréable ; elle plaît et elle instruit en même temps. Le livre est semé de dessins remarquables qui viennent en aide au texte. On peut signaler, pour n'en citer qu'un petit nombre, les planches destinées à faire comprendre la saillie relative des montagnes, les appareils de Lavoisier et des autres savants pour l'analyse de l'air, les images représentant les poussières aériennes, la carte de la chaleur à la surface du globe terrestre, les baromètres, les thermomètres, les hygromètres, les évaporomètres, l'atmographe de l'observatoire de Montsouris, les pluviomètres, etc.; les nuages divers avec leur interprétation, les cristaux du givre et de la neige, les stalactites de glace aux chutes du Niagara, l'embâcle de la Loire aux environs de Saumur en 1880, le Toross formé dans le voisinage des quartiers d'hiver de la *Véga*, une avalanche dans les Alpes suisses, la mer de glace, une éruption de l'Etna,

celle du Vésuve du 8 décembre 1881, les marmites de géants à Lucerne, les glaciers, les sources thermales curieuses de la vallée de Marcapata au voisinage des Andes, une vue délicieuse du Vésuve et la représentation de tous les volcans plus ou moins célèbres ; les laves de l'Etna et une coulée de lave du Vésuve d'après des photographies, un dessin curieux indiquant l'immense région recouverte par les cendres lors de l'éruption du Temboro en 1815, un grand nombre de planches présentant des courbes indicatives, etc., etc. On lira avec intérêt les récits émouvants de quelques éruptions volcaniques, notamment de l'éruption épouvantable de Krakatoa.

M. Guillemin est un vulgarisateur d'un incontestable mérite. Il possède les deux conditions maîtresses pour sa mission : le savoir et la clarté. Aussi, son bel ouvrage est-il destiné à un véritable succès.

Docteur G. Richelot père.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 novembre 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

Sommaire : La chirurgie opératoire et le choléra. — Rapport sur deux mémoires relatifs au traitement du trichiasis et de l'entropion par le thermo-cautère ; discussion. — Amputation sous-trochantérienne et présentation de malade. — Ankylose du genou consécutive à une pachyméningite cervicale, guérie par la section des tendons des muscles postérieurs de la cuisse et le redressement du membre.

M. Després demande la parole à l'occasion du procès-verbal de la dernière séance et de la communication de M. Terrillon, relative aux résultats de sa pratique opératoire à l'hôpital de la Charité, pendant qu'il remplaçait M. le professeur Gosselin.

L'honorable chirurgien dit que, pendant la courte épidémie de choléra qui a régné à Paris, alors que plusieurs cas de choléra s'étaient déclarés dans son service à l'hôpital de la Charité, il n'a pas cru devoir, pour cela, s'interdire de pratiquer les opérations chirurgicales qu'il jugeait nécessaire de faire. Il a donc pratiqué, dans le courant du mois de novembre, sept grandes opérations qui ont toutes parfaitement réussi et qui ont guéri sans accidents, sauf un cas de cholérine terminé d'ailleurs par la guérison.

M. Després croit devoir conclure de là que l'existence d'une épidémie de choléra dans un service de chirurgie n'aggrave pas le pronostic des opérations qui y sont pratiquées.

M. Terrier demande pourquoi l'administration municipale a cru devoir supprimer le service de chirurgie de l'hôpital Bichat, pour y installer des cholériques?

M. Després répond que, si sa voix eût eu quelque chance d'être écoutée au sein du Conseil municipal, la suppression dont il s'agit n'eût pas été faite.

— M. Terrier lit un rapport sur deux mémoires adressés à la Société de chirurgie : l'un par M. le docteur Vieusse, médecin-major de 1re classe à l'hôpital de Perpignan, ayant pour titre : *Du traitement du trichiasis au moyen de cautérisations faites sur la paupière avec le thermo-cautère;* l'autre, de M. le docteur A. Trousseau, intitulé : *De l'emploi du thermo-cautère dans la cure de l'entropion et du trichiasis.* Le mode de traitement du trichiasis que propose M. le docteur Vieusse lui a été, dit-il, suggéré par le hasard.

Etant en Algérie, il rencontra un Arabe, originaire du Maroc, qui, atteint de trichiasis de la paupière supérieure, en avait été guéri par un médecin indigène à l'aide d'un procédé très simple: deux raies de feu d'une longueur de 1 centimètre 1/2, dont on voyait encore les traces sur la paupière, avaient suffi pour rétablir la direction des cils ; les cicatrices à peine visibles se cachaient complètement derrière le rebord orbitaire et il n'y avait nulle tendance à l'ectropion.

M. Vieusse, qui était alors en quête d'un mode de traitement plus efficace que celui qu'il avait employé jusqu'alors, crut devoir utiliser le procédé du médecin marocain ; seulement, au cautère ordinaire, il substitua le thermo-cautère d'un plus facile usage.

L'auteur relate dans son mémoire quatre observations de guérisons obtenues par l'emploi de ce moyen. Il aurait pu, dit-il, en ajouter un grand nombre d'autres. Il commence par endormir le malade (ce qui ne paraît pas à M. le rapporteur devoir être absolument nécessaire) ; puis il pratique sur la paupière ou les paupières deux ou trois incisions au thermo-cautère, d'une longueur de 1 centimètre 1/2, et dont la profondeur

ne doit pas dépasser l'orbiculaire. Le mode de guérison de l'entropion résulterait de la formation d'un tissu de cicatrice, d'un tissu inodulaire.

Dans son mémoire, M. le docteur A. Trousseau, après avoir mentionné l'emploi du fer rouge par les anciens (Celse et les Arabes), insiste surtout sur l'influence heureuse de la découverte du thermo-cautère à propos de l'emploi du feu dans la chirurgie des paupières. Il rappelle que cet emploi a été vanté par M. Galezowski en 1877, par M. Cusco en 1878, enfin par Scellingo en 1883; il ajoute qu'il a été témoin de quelques succès incontestables dans le service de M. Terrier, à l'hôpital Bichat, en 1883. M. Trousseau a expérimenté, à son tour, dans sa clinique, cette méthode très simple de la manière suivante :

Après le lavage des paupières à l'eau phéniquée au centième ou avec une solution d'acide borique à 4 p. 100, le patient, si c'est un enfant, est chloroformé ; sous la paupière à opérer, on introduit la plaque d'écaille de Beer, destinée à protéger le globe oculaire, et cette paupière est bien étalée sur la plaque.

Alors, avec le thermo-cautère chauffé au rouge ordinaire, on trace, parallèlemont au bord ciliaire, à trois ou quatre millimètres de lui, un sillon allant d'un angle à l'autre de la fente palpébrale. Ce sillon est plus ou moins profond selon l'action qu'on veut obtenir. Si la déviation est moyenne, on peut aller jusqu'à la surface du tarse ; est-elle peu accusée ? on reste en deçà ; est-elle, au contraire, très accentuée ? il faut entamer la surface du tarse.

Dans les premiers cas, on peut se servir de la pointe du thermo-cautère ; le couteau est préférable dans le dernier cas.

Le résultat est d'ordinaire obtenu immédiatement. Il faudrait peu compter, suivant M. Trousseau, sur la rétraction du tissu inodulaire, ce que M. le rapporteur conteste absolument.

Du reste, s'il y avait une certaine tendance à la reproduction de la déviation, il faudrait soit désunir mécaniquement les lèvres de la plaie faite par le thermo-cautère, soit faire une seconde cautérisation au-dessous de la première, mais moins profonde. M. Trousseau dut recourir à cette seconde cautérisation dans un cas.

Cette opération est, en fait, très simple et les suites en sont des plus bénignes ; sous l'influence de compresses froides et antiseptiques, la douleur se calme vite et l'inflammation est peu intense ; l'œdème inflammatoire des paupières dure 6 à 7 jours, l'eschare se détache alors, et, au 12e ou 15e jour, la cicatrisation est effectuée.

La cicatrice, d'abord rouge, blanchit assez vite, et, au bout de quelques mois, elle est à peine visible, ce dont M. Terrier s'est assuré.

A l'appui de cette pratique, M. Trousseau publie le résumé de 10 observations, dont 7 lui sont personnelles et 3 ont été recueillies dans le service de M. Terrier, à l'hôpital Bichat, par ses internes : MM. Jeanselme, Catuffe et Hartmann.

Cette opération, d'ailleurs, n'est pas applicable à tous les cas et elle n'exclut pas l'emploi des procédés sanglants. M. Terrier ajoute que très souvent elle sera suffisante et qu'elle pourra être encore utilisée pour parfaire les résultats d'une intervention chirurgicale sanglante.

Comme pour l'opération vantée par M. Vieusse, on peut dire que celle-ci est facile à pratiquer, qu'elle entraîne peu d'accidents et que les opérés ne sont pas soumis à un repos absolu trop long.

Quant au mode d'action de la cautérisation, il ne paraît pas être très nettement établi; peut-être le tarse est-il redressé par le thermo-cautère ; peut-être y a-t-il modification de l'élément spasmodique, comme le veut M. Cusco.

Il semble plus simple à M. Terrier de faire intervenir successivement : 1° le recroquevillement résultant de l'action même du feu sur les tissus ; 2° la production du tissu de cicatrice, production incontestable et bien étudiée par Delpech (de Montpellier).

Après avoir exposé l'analyse des mémoires de MM. Vieusse et Trousseau, M. le rapporteur trace un historique complet de l'emploi du cautère actuel, puis du thermo-cautère dans le traitement des affections des paupières : entropion, trichiasis et ectropion, depuis Celse jusqu'à nos jours.

Il se résume en disant que les mémoires de MM. Vieusse et Trousseau prouvent jusqu'à l'évidence l'importance de la cautérisation dans le traitement de l'entropion et du trichiasis. Aussi n'a-t-il pas vu sans étonnement, dans un ouvrage paru en 1879, la cautérisation avec le galvano ou le thermo-cautère être qualifiée de *méthode barbare*, laissant des cicatrices dures et irrégulières qui frottent sur le globe oculaire.

M. le rapporteur fait remarquer en terminant que le procédé arabe ou marocain, préconisé par M. Vieusse, diffère totalement de tous les autres qui ont été indiqués dans son historique.

Ici, en effet, les cautérisations sont perpendiculaires au bord libre des paupières, qu'elles n'atteignent pas tout à fait, alors que, dans toutes les autres méthodes, la cautérisation est parallèle à ce bord libre.

Il y a là un *modus faciendi* absolument spécial, entraînant fatalement une cicatrice verticale et agissant probablement comme les excisions longitudinales conseillées par Janson et Carron du Villards, pour traiter l'entropion.

M. Terrier n'a pu expérimenter le procédé arabe, qui paraît aussi donner de très bons résultats, mais il se réserve de l'employer ultérieurement et de faire connaître ses observations.

En attendant, il propose : 1° d'adresser des remerciements à MM. Vieusse et Trousseau ; 2° de déposer leurs mémoires aux archives. (Adopté.)

M. Monod ne pense pas qu'il soit bon de poser en principe que les cautérisations devront être d'autant plus profondes que le trichiasis sera plus intense. Chez une de ses malades qui avait un trichiasis très prononcé, il a fait dernièrement avec le thermo-cautère des cautérisations profondes dont les résultats ont été des plus fâcheux ; elle reste avec un entropion plus grave encore qu'avant l'opération. M. Monod est d'avis que l'incision au thermo-cautère ne doit pas dépasser la peau.

M. Trélat a souvent employé, à l'époque où il s'occupait plus spécialement du traitement des maladies des yeux, la cautérisation avec le galvano-cautère pour la cure du trichiasis et de l'entropion. Il n'a pas tardé à reconnaître que la cautérisation des bulbes pileux avec le galvano-cautère exigeait un *modus faciendi* et un outillage tout particuliers. Il avait fait construire, à cet effet, un petit appareil spécial. S'appliquant des loupes sur les yeux, il se servait d'un galvano-cautère excessivement petit dont la pointe, aiguë comme celle d'une fine aiguille à coudre, était introduite dans l'orifice du bulbe pileux. Mais un pareil instrument ne paraît pas être encore entre les mains de tout le monde. Quant à pratiquer des cautérisations avec des épingles d'entomologie dans le but de détruire les bulbes pileux, c'est là, suivant lui, une prétention absolument folâtre.

M. Maurice Perrin déclare avoir rencontré les mêmes difficultés que M. Trélat, lorsqu'il s'est agi d'appliquer la cautérisation avec le cautère actuel au traitement du trichiasis et de l'entropion. Il est parvenu cependant à pratiquer la cautérisation des bulbes pilifères avec un thermo-cautère spécial en pointe. A l'aide d'une loupe, il lui a été possible d'introduire l'extrémité pointue de ce petit cautère dans l'orifice du bulbe pilifère. Cet instrument lui a paru pouvoir suffire, lorsqu'il n'y a qu'un petit nombre de bulbes pileux à cautériser.

— M. Verneuil communique une observation très intéressante d'amputation sous-trochantérienne du fémur, et présente ensuite le malade qui faisait le sujet de cette observation.

Une discussion doit s'ouvrir, dans la prochaine séance sur cette communication. Nous croyons devoir renvoyer à notre prochain compte rendu l'analyse de l'observation ainsi que le résumé de la discussion.

— M. Terrillon présente une malade entrée dans le service de M. Charcot à l'hospice de la Salpêtrière, pour une pachyméningite cervicale ayant déterminé une hémiplégie des membres supérieurs et une paraplégie avec déformation du bras et des jambes, telle que les cuisses étaient fléchies sur l'abdomen et les jambes sur les cuisses. Au bout d'un certain temps, la paraplégie disparut, mais il se produisit une affection de l'articulation du genou à la suite de laquelle la jambe demeura fléchie sur la cuisse, de telle sorte que le mollet était collé, pour ainsi dire, à la partie postérieure de la cuisse. Les muscles de cette dernière région étaient tendus comme des cordes et douloureux.

Pendant dix-huit mois, M. Charcot épuisa vainement toutes les ressources de la thérapeutique. L'ankylose était complète. M. Charcot pria M. Terrillon de recevoir la malade dans son service. M. Terrillon pratiqua la section des tendons des muscles rétractés ; puis, un mois après, il fit, après chloroformisation, le redressement du membre à 45° ; un mois et demi plus tard, nouvelle tentative de redressement, complet cette fois. La malade a commencé à marcher au bout d'un mois et demi ; quatre mois après, la guérison était parfaite.

M. Terrillon ajoute, en terminant, qu'il n'est pas rare de voir, à la suite de myélites principalement d'origine alcoolique, des affections périphériques du même genre guérir grâce à une intervention chirurgicale opportune.

M. Trélat pense qu'il est possible de prévenir ces déformations en s'opposant dès le

début à la rétraction musculaire. Une fois qu'on les a laissées se produire, il est difficile et chanceux d'obtenir leur guérison.

— A cinq heures, la Société se forme en comité secret. — A. T.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 novembre 1884. — Présidence de M. Bucquoy

Sommaire. — *Pseudo-hermaphrodisme masculin sans excès.* (Présentation de pièces.) — *Gommes scrofulo-tuberculeuses, sans bacilles ni zooglæes visibles, ayant reproduit par inoculation la tuberculose bacillaire.* — *Des procédés d'exploration du suc gastrique.* (Présentation d'appareil.) — *Lèpre anesthésique.* (Présentation de malade.)

M. Gérin-Rose présente le moulage des parties génitales externes d'une malade de son service, qui lui paraît devoir être considérée comme un *pseudo-hermaphrodite masculin sans excès*, d'après la classification d'Isid. Geoffroy-Saint-Hilaire.

Julie D..., âgée de 26 ans, est restée à Lariboisière, du 6 septembre au 8 octobre, pour une fièvre typhoïde. Elle est sortie guérie ; mais, avant son départ, M. Gérin-Rose ayant été frappé de la singulière anomalie de ses parties génitales en a fait prendre un moule exact. C'est une personne qui, par la longueur des cheveux, la finesse et la douceur des traits, le développement des seins, l'absence de poils sur le corps ressemble parfaitement à une femme. La vulve paraît au premier aspect normale. Mais on est bientôt étonné de la dimension exagérée du clitoris qui a 35 millimètres de long, est curviligne et ressemble à un gland avec sa couronne préputiale. Ce gland est imperforé ; on voit cependant une petite dépression linéaire à la place où devrait se trouver le méat urinaire. Celui-ci, auquel fait suite un urèthre très court, s'ouvre en réalité à un centimètre au-dessous du pénis clitoriforme ou du clitoris péniforme, qui augmente de volume pendant l'érection en se recourbant comme une verge. A l'orifice vaginal ne se trouvent ni hymen, ni caroncules myrtiformes. Le vagin, de 9 centimètres de long, se termine par un cul-de-sac derrière lequel le doigt qui s'y meut à l'aise ne perçoit aucune saillie pouvant faire admettre la présence d'un col utérin. La palpation profonde de la région hypogastrique et des fosses iliaques n'y rencontre aucun organe pouvant être un utérus ou des ovaires.

Cette femme n'a jamais eu de règles, ni aucun symptôme qui ressemble à une fluxion utéro-ovarienne périodique. En revanche, dans l'épaisseur des grandes lèvres, sur les parties latérales de ce pénis ébauché ou clitoris gigantesque, se sentent par la palpation et se voient par le relief deux saillies qui doivent être les testicules. Cet être anormal ne s'est jamais senti attiré que vers le sexe masculin ; Julie a eu des relations sexuelles avec un homme, mais n'a éprouvé de sensation voluptueuse que par la friction de la muqueuse vaginale ; les attouchements du pseudo-clitoris lui sont indifférents.

M. Gérin-Roze écarte l'hypothèse d'un hermaphrodisme vrai ; il voit dans le cas actuel un exemple de pseudo-hermaphrodisme masculin sans excès, suivant la classification de Geoffroy-Saint-Hilaire. Les anomalies de ce genre s'expliquent par l'indépendance dans la nutrition des organes génitaux internes et externes pendant la vie intra-utérine, d'où est résulté dans le cas de Julie D... un arrêt de développement qui fait, comme l'a dit Dutrochet, « d'un mâle effectif une femelle apparente ».

M. Letulle lit un mémoire dont les conclusions reposent sur quatre faits, dans lesquels l'inoculation des produits de *gommes scrofulo-tuberculeuses hypodermiques*, dépourvus de bacilles et de zooglæes visibles, a déterminé constamment chez les animaux la tuberculisation bacillaire.

M. Letulle a fait un historique complet des recherches expérimentales qui ont été tentées jusqu'à ce jour pour trancher la question de la nature de la scrofule. Puis, se basant sur les cas qu'il vient de relater, il pense que, malgré l'absence des micro-organismes considérés comme caractéristiques des produits tuberculeux (bacilles de Koch, zooglæes de Malassez et Vignal), l'inoculation du pus des gommes scrofuleuses ayant été suivie d'un résultat positif, la nature tuberculeuse de ces lésions ne saurait être niée. Peut-être ces micro-organismes se trouvent-ils dans les lésions scrofuleuses sous un état particulier qui leur permet d'échapper à nos yeux, ou peut-être n'y sont-ils qu'en très petit nombre. Dans un des cas, M. Letulle, une fois sur vingt préparations, a *cru* apercevoir un bacille de Koch.— Ce qui doit être noté, c'est que l'évolution de la tuberculose consécutive à ces inoculations des produits de gommes scrofuleuses a toujours été très lente. Un des cobayes succombait plus de trois cents jours, un autre

près d'un an après l'inoculation. Ces tuberculoses ne sauraient pourtant être considérées comme acquises; car les cobayes témoins, vivant dans la même cage que les cobayes inoculés, sont tous survivants. Aussi, d'après M. Letulle, bien que la scrofule ne puisse continuer à être considérée comme maladie absolument distincte de la tuberculose, elle s'écarterait de celle-ci par la lenteur de l'inoculation et la rareté des bacilles. Ce serait un état propathique rendant l'homme très apte à devenir tuberculeux. — On pourra rayer la scrofule du cadre nosologique, en la faisant rentrer dans le groupe des bacilloses; on pourrait admettre que les micro-organismes de la scrofule ont une moindre virulence que ceux de la tuberculose vraie et une tendance particulière à se localiser longtemps à la surface du corps, sous les téguments, avant d'envahir la profondeur du squelette ou des viscères. — Il restera toujours, en tout cas, le type clinique du scrofuleux; il est si net que, « s'il n'existait pas, il faudrait le créer », et M. Letulle ajoute, en modifiant une phrase célèbre, que « le plus grand danger qui menace les scrofuleux, c'est de devenir tuberculeux ».

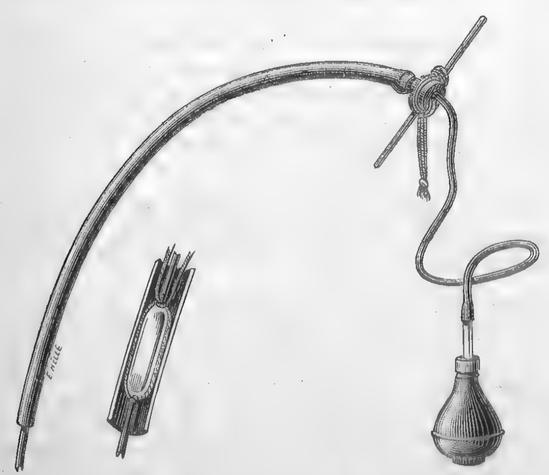
M. Dujardin-Beaumetz rappelle que les médecins allemands attachent une grande importance à l'étude des qualités du suc gastrique au point de vue du diagnostic des maladies de l'estomac. Dans une communication antérieure, M. Beaumetz, insistant sur les difficultés presque insurmontables qui entourent le diagnostic des faux cancers de cet organe, avait fait comprendre combien il serait précieux pour le clinicien d'avoir un critérium de la nature cancéreuse d'une gastropathie douteuse.

Or, M. Van der Velden a affirmé que, dès qu'une tumeur cancéreuse même très petite et inappréciable au palper existait dans l'estomac, l'acide chlorhydrique disparaissait du suc gastrique. M. Beaumetz a donc répété dans son service tous les procédés d'exploration du suc gastrique usités outre-Rhin, en s'éclairant de renseignements que son élève, M. Deschamps (de Riom) qui fait sa thèse sur le diagnostic du cancer, est allé recueillir lui-même en Allemagne.

Un premier procédé pour se procurer du suc gastrique consiste à faire avaler au malade une petite éponge, enveloppée d'une enveloppe gélatineuse, dite capsule Lehuby, et attachée au bout d'une ficelle. L'enveloppe une fois dissoute dans l'estomac, l'éponge, imbibée de suc gastrique, est retirée rapidement et exprimée. Ce *procédé de l'éponge* a l'inconvénient de ne procurer que de très insignifiantes quantités de suc gastrique.

Le second procédé, employé par Leube, est un lavage de l'estomac avec 300 centim. cubes d'eau glacée, qui excite la sécrétion du suc gastrique, que l'on retire ensuite et qui sert à faire digérer artificiellement de petits cubes exactement pesés d'albumine. Suivant la rapidité avec laquelle des digestions s'effectuent, ou apprécie le degré d'énergie du suc gastrique.

M. Beaumetz, peu satisfait des procédés précédents, en a imaginé un troisième, qui s'exécute à l'aide d'un instrument construit d'après ses indications par M. Galante et dénommé *explorateur gastrique*.



Un tube de caoutchouc, semblable à la sonde de Debove, contient un autre tube de petit diamètre, qui plonge par une de ses extrémités dans l'estomac, et qui, par l'autre, reste entre les mains du médecin, communique avec une poire en caoutchouc faisant office de pompe aspirante. Sur le trajet du tube intérieur se trouve un petit réservoir de verre qui s'emplit de suc gastrique ou du contenu de l'estomac, quand on exerce l'aspiration. Avec cet appareil aussi facile à introduire que la sonde gastrique ordinaire, on se procure facilement une quantité abondante de suc gastrique.

Quant au moyen dont on se sert pour contrôler le degré d'acidité du suc gastrique ainsi recueilli et la nature de l'acide, chlorhydrique, lactique ou autre, il repose sur le fait suivant : Il existe une matière colorante dérivée de la houille, qui porte en France le nom d'*orangé-Poirier, n° 4*, et que les chimistes allemands ont cru devoir baptiser du

nom plus pompeux de *tropéoline 00*. Or, une solution à 1 p. 100 de cette matière de couleur orangée vire à la teinte *rouge violet clair au contact de l'acide chlorhydrique*, tandis qu'elle reste dans la gamme du *jaune au contact de l'acide lactique ou de tout acide autre* que l'acide chlorhydrique. On peut donc, en versant quelques gouttes de la solution de tropéoline (orangé Poirier) dans un verre de montre contenant du suc gastrique, savoir s'il contient de l'acide chlorhydriqne, et même s'il en contient une proportion plus ou moins forte suivant la rapidité et l'intensité de la réaction, c'est-à-dire suivant que la liqueur orange vire plus ou moins au rouge.

Et maintenant, que faut-il penser de ces procédés ? Quelle valeur clinique leur attribuer? — D'abord ils sont d'un maniement peu pratique et nécessitent tout un arsenal de laboratoire. Lors même qu'on peut les appliquer, nous renseignent-ils sûrement ? — Il n'en est rien. La loi même émise par Van der Velden, suppression de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique des estomacs cancéreux, n'est pas démontrée ; même en Allemagne, beaucoup de médecins n'y croient pas. Cependant les Allemands continuent à rechercher le degré d'acidité du suc gastrique de leurs malades ; mais les conclusions qu'ils tirent de leurs minutieuses recherches ne valent vraiment pas la peine qu'ils ont prise, puisque Leube termine le volumineux mémoire dans lequel il expose sa méthode, par cette phrase : « J'en conclus alors que le malade est atteint « d'une dyspepsie tenace « et profonde ». — Un clinicien français peut arriver à cette conclusion avec un moindre appareil.

Toutefois, il ne saurait être inutile de connaître ces procédés d'exploration qui peuvent rendre des services dans les recherches physiologiques ; il ne faut pas, d'ailleurs, que nous ayons l'air d'ignorer les travaux qui se publient chez nos voisins, et c'est pourquoi M. Beaumetz a tenu à en entretenir ses collègues.

M. Labbé présente un malade qui a vécu au Mexique depuis 30 ans, et qui est venu le consulter pour une paralysie musculaire des extenseurs des orteils. En l'examinant, M. Labbé a découvert qu'il portait en plusieurs points du corps des macules au niveau desquelles la peau, un peu épaissie, est absolument insensible.

Il a fait le diagnostic de lèpre anesthésique.

M. C. Paul se rallie à ce diagnostic; il rappelle que c'est une des deux formes de lèpre : la forme anesthésique d'Andersten, qui est habituellement précédée d'une période d'hyperesthésie des plaques cutanées ; c'est dans l'autre, la forme tuberculeuse, qu'on trouve des microbes. — P. L. G.

Faculté de médecine de Paris.

Thèses de doctorat du 15 au 30 novembre 1884.

Mardi 18. — M. Deschamps (Albert) : Contribution à l'étude du choléra endémique en Cochinchine. (Président : M. Brouardel.) — M. Tissot : Fièvres récurrentes malariennes. (Président : M. Jaccoud.)

Mercredi 19. — M. Lalou : Etude anatomique et physiologique sur l'élasticité pulmonaire. (Président : M. Béclard.) — M. Guyot : Contribution à l'étude des fistules stercopurulentes. (Président : M. Verneuil)

Jeudi 20. — M. Denux : Etude sur la valeur thérapeutique de l'empyème. (Président : M. G. Sée.) — M. de Vésian : Etude sur la pathologie des poumons et du cœur chez les bossus. (Président : M. Peter.) — M. Durieux : Des complications pleurales du rhumatisme chez les enfants. (Président : M. Peter.)

Vendredi 21. — M. Pilven : De l'orchite consécutive au passage d'instrument dans le canal de l'urèthre. (Président : M. Guyon.) — M. Christianser : Quelques considérations étiologiques, cliniques et thérapeutiques sur les syphilides ulcéreuses. (Président : M. Fournier.) — M. Verdié : Des anévrysmes d'origine syphilitique. (Président : M. Guyon.)

Samedi 22. — M. Oudaille : De l'hydarthrose tuberculeuse. (Président : M. Panas.) — M. Calisti : Contribution à l'étude des luxations du cristallin. (Président : M. Duplay.)

Lundi 24. — M. Eymeri : Du cascara sagrada (rhamnus pustriana.Etude chimique et thérapeutique. (Président : M. Damaschino. — M. Grenier : Etude sur les affections qui peuvent simuler la coxalgie. (Président : M. Lannelongue.) — M. Ambresin : Quelques considérations sur les opacités de la cornée. (Président : M. Lannelongue.)

Mardi et mercredi. — Pas de thèses.

Jeudi 27. — M. Mercat : La fréquence de la colique hépatique chez l'enfant. (Président :

M. Laboulbène.) — M. Jasiewicz : Considération sur le traitement rationnel des fièvres exanthématiques zymotiques. (Président : M. Jaccoud.) — M. Gourdin : Contribution à l'étude de l'œdème des nouveau-nés. (Président : M. Pajot.) — M. Soula : Contribution à l'étude de la migraine. — Migraine et arthritisme. (Président : M. Bouchard.)

Vendredi 28. — M. Marsset : Contribution à l'étude botanique, physiologique et thérapeutique de l'euphorbia pilulifera. (Président : M. Vulpian.) — M. Santelli : Du traitement de la sciatique par les pulvérisations de chlorure de méthyle. (Président : M. Potain.) — M. Mesnard : De l'influence de quelques lésions syphilitiques du col de l'utérus sur l'accouchement. (Président : M. Fournier.) — M. Herveou : Contribution à l'étude du traitement des hémorrhagies post partum par les injections intra-utérines d'eau chaude à 45°, à 50° et les bains chauds à 34°. (Président : M. Tarnier.)

COURRIER

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Fonssagrives, ancien médecin en chef de la marine, professeur honoraire de la Faculté de médecine de Montpellier, qui a succombé aux atteintes du choléra, et de M. le docteur Morin (de Paris).

Personnel médical des bureaux de bienfaisance. — Aux termes d'un décret du 7 novembre 1884, M. le docteur Pascalis, demeurant 80, rue Réaumur, est nommé médecin du bureau de bienfaisance du IIe arrondissement de Paris.

— En exécution de l'arrêté du 15 février 1879, le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique informe les médecins du IVe arrondissement que, le 6 décembre 1884, il sera procédé à l'élection d'un médecin.

Concours. — La première épreuve du concours pour la nomination à trois places de médecin du Bureau central, vient de finir.

Seuls ont été admis à subir la seconde épreuve : MM. les docteurs Ballet, Barié, Bourcy, Brault, Brocq, Bruchet, Galliard, Gauchas, Gaucher, Havage, Hirtz (Edgar), Jean, Josias, Juhel-Rénoy, Ledoux-Lebard, Leduc, Leroux, Liandier, Lorey, Lucas-Championnière, Marie, Martin, Netter, Renault, Robin, Siredey, Talamon et Variot.

— A la suite d'un brillant concours, M. Charles Walther a été nommé prosecteur des hôpitaux de Paris.

Installation d'un amphithéatre pour le service de la clinique chirurgicale, a la Charité. — Le conseil municipal de Paris, dans sa séance du 25 novembre 1884, vien d'approuver les plans et projets de l'installation d'un amphithéâtre pour le service de la clinique chirurgicale, à la Charité. Le projet présenté par l'administration consiste à approprier à cette destination le premier et le deuxième étages du bâtiment en façade sur la rue Jacob, à gauche de l'entrée. La dépense est évaluée à la somme de 23,194 fr. 94 c., imprévus et frais d'agence compris.

Faculté de médecine. — Cours libre : « De l'accouchement naturel en Europe ; discussion sur la position adoptée par les différents peuples pendant l'acte de la parturition. » — M. le docteur Verrier, préparateur à la Faculté de médecine, membre de la Société d'anthropologie, commencera ce cours le mardi 9 décembre 1884, à quatre heures, à l'amphithéâtre n° 1, de l'Ecole pratique. Il le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

De nombreux dessins aideront à l'intelligence du cours.

Épidémie cholérique. — Il résulte d'un rapport adressé au préfet de la Loire-Inférieure par M. le docteur Chartier, président de la commission des épidémies, que, du 16 octobre au 12 novembre, il y a eu, dans la ville de Nantes, 210 cas cholériques, dont 93 ont été suivis de mort.

— Pendant le cours de l'épidémie cholérique qui a ravagé récemment et avec tant de violence la ville de Naples, 20 médecins sur 139 ont succombé aux atteintes du choléra.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

BULLETIN

Encore l'internat des femmes ! Une lettre de Mlle Blanche Edwards fait en ce moment son tour de presse :

Monsieur le directeur,

J'avais espéré pouvoir me tenir à l'écart de la polémique qui s'est engagée autour de la question de l'internat des femmes.

Je n'avais même pas voulu relever les inexactitudes plus ou moins volontaires qui se sont fait jour dans la presse et jusque dans les discours de nos adversaires ; mais, ayant appris que notre silence était interprété contre l'honnêteté de notre cause, je considère comme un devoir de donner aujourd'hui un démenti à ces attaques.

On prétend que nous avons pris un *engagement formel* de ne jamais profiter du titre d'externe pour demander le concours de l'internat. Or *jamais, jamais* pareil engagement n'a été pris ni même demandé.

Pour ce qui est d'un arrêté préfectoral de 1882, nous refusant le droit au concours de l'internat, l'administration a toujours obstinément refusé de nous montrer les articles de ce règlement, articles qui auraient dû être affichés. *Nous ne pouvions donc faire autrement que d'en nier l'existence.* D'ailleurs, la décision du Conseil de surveillance de juillet 1884, autorisant les femmes à concourir à l'internat, a annulé toute décision prise antérieurement par ce Conseil.

Quant à moi, je tiens à protester de ma parfaite bonne foi, et, soit dit en passant, je regrette de ne pas toujours trouver cette qualité chez mes adversaires, en particulier *au sujet de ma nationalité.*

En effet, nous sommes *quatre externes françaises sur les cinq externes actuelles des hôpitaux*, et ces quatre Françaises ont leur baccalauréat ès lettres et leur baccalauréat ès sciences.

Comptant sur votre impartialité bien connue pour insérer cette rectification, je vous prie d'agréer, monsieur le directeur, l'assurance de ma considération distinguée.

BLANCHE EDWARDS,
Externe des hôpitaux.

Nous aurions mauvaise grâce, mademoiselle, à ne pas accueillir votre plainte. Mais vous nous permettrez d'y répondre en quelques mots.

Ainsi les démarches, les visites habilement graduées, avec votre amie ou votre mère pour compagne, les quarante-deux signatures étonnées de se trouver si nombreuses et rentrant sous terre au grand jour de la discussion, voilà ce que vous appelez « vous tenir à l'écart de la polémique » !

Un engagement formel? Il est possible qu'on ne vous l'ait pas demandé; mais ce qui est certain, c'est que le règlement vous l'impose. Si vous n'avez pas lu les articles, est-ce une raison pour « en nier l'existence? » Etes-vous sceptique, à votre âge, au point de nier tout ce que vous n'avez pas vu? La décision du Conseil de surveillance? Vous oubliez que c'est un simple avis, qui n'a rien encore « annulé ».

Votre énumération des externes françaises a le tort d'être un peu sommaire. Permettez-moi de la reprendre avec détails :

Mlle Chopin et Mme veuve Sarraute sont Françaises; mais toutes deux ont passé l'âge du concours. Elles n'ont rien demandé, n'avaient rien à obtenir, et d'ailleurs elles répudient explicitement toute solidarité avec Mlle Edwards. Nous pouvons, s'il vous plaît, les mettre de côté.

Mlle Mathieu, dite Dubois, est née à Compiègne le 3 avril 1861 : elle a,

comme vous, ses deux baccalauréats. Vous-même êtes née à Milly (Seine-et-Oise) le 24 novembre 1858. Vous êtes donc deux Françaises que la question intéresse et pas une de plus. Viennent ensuite miss Klumpke (Augusta), née à San-Francisco le 15 octobre 1858, bachelière par voie d'équivalence; et les six étudiantes qui, en ce moment, concourent à l'externat : quatre Russes, une Roumaine et une Turque. Voilà pourquoi nos représentants au Conseil de surveillance ont pu dire, sans la moindre « inexactitude », que la question en litige intéresse fort peu les Françaises; voilà pourquoi vous auriez pu vous épargner tant d'efforts pour lire de travers ce que nous écrivons et « rectifier » des discours que vous n'avez pas entendus.

Je vous ai dit ce que « mon impartialité bien connue » m'obligeait à vous dire. Soyez persuadée, Mademoiselle, que nul n'attaque votre personne et ne met en doute la pureté de vos intentions. Vous n'êtes pas une persécutée. Mais de la France, de l'Europe ou de l'autre monde, nous ne voulons pas de femmes pour internes.

— Le mercredi 26 novembre, la Société des chirurgiens des hôpitaux s'est réunie en séance annuelle. Une question l'a occupée, dont nous avons plusieurs fois entretenu nos lecteurs : la désaffectation de l'hôpital Bichat.

Il y a un fait qui, selon nous, domine le débat. Une première fois, devant la menace d'une épidémie, on supprime le service de chirurgie, on met son titulaire à la porte, et, le choléra n'étant pas venu, les salles restent vides; une seconde fois, l'épidémie déclarée, on expulse de nouveau malades et chirurgien, et les salles restent vides comme devant. A deux reprises, en d'autres termes, on bouleverse tout, on moleste un de nos collègues, et à deux reprises il est prouvé qu'on aurait pu s'abstenir d'un si grand tapage.

M. Terrier, chirurgien de Bichat, rappelle devant l'assemblée que nos édiles avaient décidé de bâtir à la porte Saint-Ouen un hôpital modèle, dans d'excellentes conditions d'hygiène, où la médecine et la chirurgie donneraient des résultats merveilleux. Survient une épidémie, et le plan du Conseil municipal est à vau-l'eau. On demande pour le choléra deux hôpitaux spécialisés. On oublie quelque peu les Mariniers, mais Bichat est bientôt la victime des « destructions intelligentes ». Il est désaffecté une première fois, sans nul motif, car le fléau était loin de nous, et quelques jours suffisaient, à la première alerte, pour évacuer les salles.

Le 6 novembre, l'épidémie n'étant plus un mythe, le coup de balai recommence. Comment ne pas faire au moins, pour le vrai choléra, ce qu'on a fait pour le choléra virtuel? Tout ce que peut obtenir la Commission d'hygiène des hôpitaux, c'est qu'on offrira un service provisoire à M. Terrier. On lui montre alors, dans un coin de l'Hôtel-Dieu, deux salles où la propreté n'est pas encore bien connue, où les bacilles tuberculeux pullulent en liberté. Et pendant qu'on l'invite à faire de la chirurgie dans de pareilles conditions, que deviennent les salles de Bichat? Voici les chiffres : dans les hôpitaux de Paris non spécialisés, on a soigné jusqu'ici 832 cholériques; dans les hôpitaux spécialisés, 10 aux Mariniers, 49 à Bichat, et *pas un dans le service de chirurgie*. C'est-à-dire qu'on a rempli de cholériques les hôpitaux ordinaires, pour les recevoir en nombre infime dans ceux qu'on avait bouleversés à leur intention.

M. Terrier demande à bon droit qu'on lui rende son service. Mais à qui le demander? Un préfet de la Seine, un directeur de l'Assistance publique, une Commission d'hygiène des hôpitaux, un Conseil d'hygiène et de salubrité, un Conseil municipal avec sa Commission sanitaire, voilà bien des rouages administratifs entre qui s'émiette l'autorité.

MM. Trélat, Nicaise et Verneuil appuient la demande de leur collègue, car en présence de l'épidémie disparue, on ne voit pas la moindre opportunité à maintenir un hôpital en dehors du droit commun. De plus, il y a là une question d'avenir pour l'hôpital Bichat. Va-t-on le désaffecter à chaque

poussée nouvelle de la fièvre typhoïde, de la diphthérie ou de la variole? Que devient l'établissement modèle rêvé par le Conseil municipal, et pour lequel il a voté des fonds destinés à une statistique spéciale? Que deviennent les droits des médecins des hôpitaux, dépossédés de leurs services par des fantaisies administratives?

En fin de compte, la Société charge M. Nicaise de dire à l'Administration que la désaffectation de Bichat est désormais inutile, et que, pour éviter de pareilles désorganisations, il faudrait créer des hôpitaux ou des services d'attente, en vue des épidémies à venir. — L.-G. R.

Société gynécologique américaine.

Séance du 30 septembre 1884.

Sur les corps étrangers laissés dans l'abdomen après la laparotomie,

Par le docteur Henry-P.-C. Wilson (de Baltimore).

L'auteur insiste sur ce fait que la présence de corps étrangers dans l'abdomen après la laparotomie est beaucoup plus fréquente et produit beaucoup plus d'accidents qu'on ne le croit en général, ces faits n'étant pas publiés parce qu'ils portent atteinte à l'habileté de l'opérateur et qu'il n'a pas toujours été possible de faire l'examen *post mortem*. Ce n'est qu'après de laborieuses recherches que l'auteur est parvenu à réunir 21 cas. De ces 21 cas, 6 seulement ont été publiés; les autres n'ont jamais vu le jour. 6 de ces cas se sont produits en Amérique, 15 en Europe; 1 seul, le sien, a été publié en Amérique, les 5 autres en Europe.

Dans 4 des observations publiées, le corps étranger était une éponge; dans les 2 autres, une pince. 4 des malades ont guéri, 2 sont mortes.

Les 5 observations publiées en Europe sont dues à Lawson Tait, sir Spencer Wells, Carl Braun et Gustav Braun.

Dans le cas cité par Lawson Tait, un aide troublé avait déchiré en deux une des douze éponges dont on se sert d'ordinaire. L'éponge déchirée fut trouvée quatre jours plus tard dans la cavité abdominale.

Dans le premier cas, rapporté par Spencer Wells, les éponges avaient été comptées par une infirmière et on avait affirmé qu'il y en avait seize. Le lendemain, on défit deux sutures et on trouva la seizième éponge dans la cavité abdominale.

Dans le second cas rapporté par Spencer Wells, le corps étranger était une paire de pinces que l'on trouva le lendemain logée dans l'épiploon.

Dans l'observation de Carl Braun, le corps étranger était une éponge, tandis que, dans le cas rapporté par son frère, Gustav Braun, c'était une pince de fer.

Voici le résumé du cas cité par l'auteur du mémoire. Malade âgée de 39 ans, mariée depuis sept ans; trois enfants dont le plus jeune a 20 mois. Dans le cinquième mois de sa grossesse, le 16 février 1883, la malade entre à l'hôpital Saint-Vincent pour se faire opérer d'une tumeur ovarienne. Absence totale du facies ovarique. Le 20 février, on pratiqua la laparotomie, et on fit l'ablation d'un kyste dermoïde de l'ovaire droit en même temps que celle de cet ovaire, qui avait subi la dégénérescence graisseuse. La tumeur pesait 20 livres. La malade se plaignit de vives douleurs abdominales et fit une fausse couche dix-huit jours après l'opération. Trente et un jours après l'opération, un abcès, qu'on crut à cette époque être la cause de la fausse couche, s'ouvrit à l'angle inférieur de la plaie abdominale. Le 16 avril suivant, la malade quittait l'hôpital et, à partir de ce moment, fut soignée par le docteur George-H. Hocking, éminent praticien de Maryland. Lorsque le docteur Hocking la vit pour la première fois, la malade était maigre, anémique et portait une tumeur de l'abdomen très bien circonscrite et très douloureuse au toucher. Le 14 mai, une certaine quantité de pus fétide s'écoula par l'incision abdominale. Des fragments d'éponge furent rejetés de temps à autre jusqu'au 7 août, époque à laquelle l'écoulement cessa.

L'état de la malade s'améliora rapidement; au mois de décembre, elle était complètement rétablie et pouvait reprendre ses occupations.

Sous forme de conclusions, le docteur Wilson formule les règles suivantes pour prévenir de pareils accidents :

1° Compter les éponges et les instruments, et en inscrire le nombre;

2° Se servir d'aussi peu d'instruments et d'éponges que possible ;
3° Laisser l'opérateur éponger lui-même;
4° Borner le rôle des aides à présenter les instruments et les éponges;
5° N'employer que des éponges fortes et solides; ne jamais les couper et en restreindre le nombre autant que possible;
6° Prendre de grandes pinces à artères;
7° N'avoir que deux aides, sans compter celui qui endort;
8° Avant de faire les sutures, l'opérateur devra vérifier lui-même le nombre des éponges et des intruments inscrits.

Le docteur T. Gaillard Thomas, de New-York, complimente l'auteur sur la franchise avec laquelle il a rapporté un accident arrivé dans une opération pratiquée par lui-même. En ce qui le concerne, il a fait entre 300 et 400 laparotomies et pareil accident lui est arrivé une fois.

Il y a deux ou trois ans, à l'hôpital des femmes, il a observé un cas de cancer de la rate compliqué de maladie de Bright. Cédant à la longue aux instances de la malade, il se décida à faire une incision exploratrice. Assisté du docteur James B. Hunter, de l'hôpital des femmes, le docteur Thomas fit une incision dans l'abdomen, explora la cavité abdominale, trouva une tumeur qu'on ne pouvait extirper et réunit la plaie. L'éther fut employé comme anesthésique; la malade tomba dans un état comateux et mourut.

M. Thomas fait remarquer, par parenthèse, que dans le cas présent il a donné de l'éther, mais que depuis il a employé le chloroforme dans tous les cas de maladies rénales. Comme l'a fort bien établi le docteur Emmet, l'éther a une action particulièrement irritante sur les reins à l'état pathologique. Dans la maladie chronique de Bright, l'emploi de l'éther provoque souvent des accidents urémiques par suite de la suppression de la sécrétion urinaire.

A l'autopsie, on trouva dans la cavité abdominale un morceau d'éponge dont la présence fut difficile à expliquer, car le docteur Hunter était un aide excessivement soigneux, et on n'avait employé qu'une seule éponge ; l'accident était dû sans doute à la friabilité de celle-ci.

Le docteur Thomas compte et inscrit toujours lui-même les instruments et les éponges employés. Il n'éponge pas lui-même, parce que ses deux mains lui servent à séparer les tissus des organes. Il emploie un aide pour endormir, un pour éponger, un pour lui tendre les instruments et une infirmière. Il se sert d'aussi peu d'instruments et d'éponges que possible. Il attache à chacune de ses éponges un ruban d'environ six pouces et de couleur voyante. Ces rubans pendent en dehors de la plaie. Il ne laisse pas de pince à demeure sur les vaisseaux. Il la retire aussi rapidement que possible, en arrêtant le sang par la torsion ou la ligature. Il redoute la pince de Péan et tout autre instrument de ce genre destiné à rester un certain temps sur le vaisseau à l'intérieur de la cavité abdominale.

Le docteur Jackson, de Chicago, a vu trois cas dans lesquels on avait laissé des corps étrangers dans la cavité abdominale après la laparotomie. Une fois c'était une pince, les deux autres fois des éponges. Il approuve les règles posées par le docteur Wilson.

Le docteur Reeve, de Dayton, pense que ces faits prouvent bien que les éponges du docteur Wilson étaient parfaitement antiseptiques.

Le docteur Dunlap, de Springfield, n'a jamais vu pareil accident et n'en avait jamais entendu parler. Il emploie très peu d'instruments et les retire toujours lui-même; il éponge aussi lui-même. Il est le seul qui introduise les mains dans la cavité abdominale. Il se sert de grosses éponges enveloppées de linge pour soutenir les intestins. La malade est placée dans le demi-décubitus dorsal, de façon que le liquide ne puisse séjourner dans le cul-de-sac de Douglas. Il pratique une large incision afin de pouvoir laisser la cavité abdominale dans un parfait état de sécheresse. Ces incisions abdominales, quelque grandes quelles soient, se ferment toujours en trois jours par première intention. Il condamne fortement l'emploi d'éponges montées.

Le docteur Howard, de Baltimore, dit qu'à Samaritan Hospital, deux infirmières comptent les éponges avant et après l'opération et que le nombre en est constamment fixé à 15. Un éminent chirurgien anglais lui a raconté qu'une fois il était convaincu qu'une éponge était restée dans l'abdomen. On défit les sutures et l'on trouva l'éponge : la malade guérit.

Un autre chirurgien, également célèbre, crut un jour avoir laissé une éponge dans la cavité abdominale. On ouvrit à nouveau la plaie et on ne trouva rien. La malade mourut. Le docteur Howard pense que le chloroforme a une action irritante sur les reins aussi bien que l'éther, mais à un degré moindre. Il était sur le point d'opérer

d'une fistule vésico-vaginale une malade anesthésiée au moyen de l'appareil de Juncker (méthode employée à Samaritan Hospital), quand le cœur cessa de battre ; on avait donné moins de 2 grammes de chloroforme. L'autopsie montra que la mort avait été causée par paralysie cardiaque et maladie de Bright.

Le docteur Engelmann (de Saint-Louis) a une fois pratiqué la laparotomie en présence d'un gynécologiste distingué de l'Est et d'un certain nombre de docteurs du pays. Le gynécologiste fortement intéressé prit peu à peu la place de l'aide du docteur Engelmann. Des éponges furent entassées dans la cavité abdominale sans précaution suffisante. On assura au docteur Engelmann qu'aucune éponge n'était restée dans la cavité abdominale et on ferma la plaie. La malade mourut et l'autopsie montra le péritoine légèrement injecté, et une éponge en état de conservation.

Le docteur Mundé (de New-York) propose :

1° De ne jamais employer d'éponges friables ou détériorées par l'usage ou les désinfectants ;

2° De ne jamais couper les éponges ;

3° De n'employer que des éponges montées.

Le docteur Wilson clôt la discussion en disant qu'il trouve excellente la proposition du docteur Thomas au sujet des éponges et qu'il l'adoptera. Il est de l'avis du docteur Dunlap, en ce qui concerne l'incision large de la paroi abdominale. Les propositions du docteur Mundé ne sont pas moins bonnes. En résumé, sept cas de corps étrangers laissés dans la cavité abdominale après la laparotomie ; — six fournis par ses confrères et un cas dont on lui a parlé depuis son arrivée à Chicago, grossissent la liste et portent le nombre des cas observés à 28. (*The medical News*, 11 octobre 1884, p. 405.)

Nous pouvons ajouter à ces cas quatre autres dont deux sont inédits ; mais il est probable qu'à Paris, comme en Amérique, il en existe beaucoup d'autres que peu de personnes connaissent.

Un chirurgien des hôpitaux laissa, après une ovariotomie, une éponge dans l'abdomen. Dans la journée, songeant aux divers temps de l'opération, il se rappela qu'une éponge, placée en un certain point pour arrêter un écoulement sanguin, avait dû y être oubliée. Il revint à l'hôpital, défit la suture, chercha et trouva l'éponge, la retira, et refit la la suture. La malade guérit néanmoins.

Le second cas fut moins heureux. Il s'agissait d'un kyste multiloculaire très adhérent aux parties voisines. Une partie de la paroi fut laissée au niveau du cul-de-sac de Douglas, et une éponge y fut oubliée. Il y eut à la suite une suppuration abondante et continue, dont on ne s'expliquait pas la cause et qui dura un mois, jusqu'à la mort de l'opérée, survenue par suite de septicémie. A l'autopsie on trouva le corps du délit.

Le troisième cas a été publié par M. Péan. (*Clin. chir.* t. II, p. 803, n° 274.)

Dans une ovariotomie, au moment où presque toute la plaie des parois était suturée, on reconnut qu'une serviette avait été oubliée pendant le pansement et il fallut recommencer la suture. Mort de collapsus à la fin du troisième jour.

Au congrès de Copenhague, M. Knowsley Thornton (de Londres) a raconté avoir fait une laparotomie pour une tumeur de l'abdomen qui se trouva être un corps étranger de l'estomac (deux livres de cheveux). Une éponge ayant été laissée dans l'abdomen, on l'ouvrit de nouveau pour la retirer.

Un autre point de cette communication nous a semblé particulièrement intéressant. M. Gaillard Thomas attribue à l'éther employé en inhalations des propriétés irritantes pour les reins malades, et pense que dans le mal de Bright chronique l'anesthésie avec l'éther provoque souvent des accidents urémiques par suite de la suppression de la sécrétion urinaire. De son côté, M. Howard pense que le chloroforme a une action irritantes sur les reins aussi bien que l'éther, mais à un degré moindre. Tous deux ont eu des cas de mort après des opérations chez des sujets atteints du mal de Bright. Cette divergence d'opinion est plus apparente que réelle. En tenant compte des faits communiqués à la Société de chirurgie l'année dernière par M. Verneuil et plusieurs de ses collègues, sur les résultats du traumatisme opératoire chez les sujets atteints d'altérations antérieures des viscères, rein et foie en particulier, on peut dire que les accidents survenus chez les opérées de MM. Gaillard Thomas et Howard ne peuvent pas être attribués plus à l'éther qu'au chloroforme, mais aussi bien à l'un qu'à l'autre.

D'autre part, M. le professeur Bouchard a établi, dans une communication à l'Académie de médecine (séance du 12 février 1884, in *Gaz. hebd.*, 1884, p. 104) que les inhalations de chloroforme déterminaient chez les animaux et même chez l'homme, supposés en état de santé, une albuminurie transitoire dont il guérissaient. Si les inhalations de chloroforme sont capables de provoquer, en l'absence de néphropathie, une altération rénale plus ou moins grave, on peut donc admettre que chez les sujets dont

les reins sont déjà malades les inhalations de chloroforme aggraveront l'altération antérieure jusqu'à la suppression de la sécrétion urinaire et à l'urémie qui en est la conséquence. Mais de toute façon on ne peut innocenter entièrement le chloroforme, comme M. Gaillard Thomas le voudrait, au point de se croire à l'abri de tout danger quand on pratique l'anesthésie avec cette substance.

L.-H. PETIT.

BIBLIOTHÈQUE

A MANUAL OF DISEASES OF THE THROAT AND NOSE INCLUDING THE PHARYNX, LARYNX, TRACHEA, ŒSOPHAGUS, NOSE AND NASO-PHARYNX; vol. II. DISEASES OF THE ŒSOPHAGUS, NOSE AND NASO-PHARYNX, par Morell MACKENZIE, médecin de l'Hôpital des maladies de la gorge, professeur, pour ces maladies, au London Hospital medical College, etc.

Les lecteurs de l'*Union médicale* connaissent les travaux consciencieux de notre savant confrère de Londres ; ce journal en a donné plusieurs comptes rendus détaillés. En ce moment, nous avons sous les yeux le tome II de l'œuvre, qui traite des maladies de l'ŒSOPHAGE, du NEZ et de la RÉGION NASO-PHARYNGIENNE.

Selon l'usage adopté par les médecins anglais, l'auteur n'aborde chaque sujet qu'après avoir donné une description anatomique des organes dont il va faire connaître les maladies. Cet usage était, sans contredit, d'une grande utilité autrefois. Mais, de nos jours, les études anatomiques ont fait de tels progrès, qu'on peut supposer les lecteurs suffisamment éclairés, et que ces descriptions, d'une manière générale, prennent sans utilité une place plus ou moins importante. Toutefois, il y a des exceptions à cette manière d'envisager les choses; c'est lorsque les descriptions présentent des faits nouveaux, ou sont rédigées avec un soin tout particulier et au point de vue spécial des matières qui vont être traitées. Or, tel est le cas pour les descriptions offertes par l'auteur, principalement en ce qui concerne l'anatomie de l'œsophage, qu'il a établie sur des expériences que les praticiens liront avec intérêt. Ces descriptions ne sont donc point sans raison d'être, et elles ne font qu'ajouter au mérite et à l'utilité du livre.

L'auteur, en praticien consommé, s'est largement étendu sur les méthodes d'exploration des organes. On peut citer à cette occasion le chapitre intitulé : *Auscultation de l'œsophage*. Cette auscultation n'est point chose facile; elle exige une grande expérience et beaucoup de patience, car il est nécessaire que l'oreille connaisse bien au préalable les bruits œsophagiens normaux, et qu'elle soit appliquée successivement dans toute l'étendue du tube, en écoutant avec soin chacun des points de sa longueur. L'auteur donne dans ce chapitre les instructions les plus précises et les plus complètes. Il décrit d'ailleurs les autres moyens d'exploration de l'œsophage par l'emploi de la sonde, de l'œsophagoscope, et même la palpation des organes du voisinage, d'où le médecin peut tirer des renseignements.

La collection de ce que l'auteur appelle *œsophageal* et *nasal instruments,* constitue un petit musée dont les éléments sont représentés par des dessins très nets et parfaitement exacts; et indépendamment des dessins d'instruments, le texte présente de nombreux dessins d'anatomie normale et d'anatomie pathologique.

Sous la plume d'un praticien aussi habile et aussi expérimenté que l'auteur, les maladies de l'ŒSOPHAGE prennent une grande importance. Notre confrère les passe en revue depuis l'œsophagite aiguë jusqu'aux vices de conformation, terminant cette partie par des considérations sur le ramollissement *post mortem* de cet organe.

L'œsophagite est une maladie qui attire peu, en général, l'attention des médecins. Son histoire n'en est pas moins intéressante. Son étiologie et sa symptomatologie, bien exposées dans ce livre, doivent être méditées par les praticiens, qui, en raison de la rareté de la maladie, pourraient la laisser passer inaperçue, s'ils ne sont avertis. Ce chapitre est éclairé par plusieurs observations rédigées avec soin.

Après nous avoir donné l'œsophagite infantile, l'œsophagite phlegmoneuse, l'ulcère de l'œsophage, l'œsophagite traumatique, l'œsophagite chronique, les varices de l'œsophage, l'abcès péri-œsophagien, les aphthes, le muguet, la diphthérie de l'œsophage, l'auteur nous conduit au cancer de ce tube, et s'étend longuement sur cette affreuse maladie.

Il faut tenir grand compte, dans la pratique, des renseignements que l'auteur fournit sur l'étiologie du cancer de l'œsophage et qui peuvent guider avec avantage le médecin. La question de l'âge est très nettement élucidée. Au point de vue de la symptomatologie, l'auteur insiste avec raison sur la difficulté du passage des aliments, qui est un

phénomène constant, frappant, d'une grande importance, et qui, le plus souvent, est le phénomène initial pour le malade. Un cas grave de cancer de l'œsophage est représenté par un dessin excellent.

On remarquera le chapitre de la syphilis de l'œsophage. Une planche intéressante met sous les yeux du lecteur un œsophage profondément altéré par le virus syphilitique. Le diagnostic de cette affection présente de grandes difficultés. On ne peut guère arriver qu'à des présomptions, car il n'y a point de signe pathognomonique. Aussi, l'auteur entre-t-il dans tous les détails que son expérience lui a fait connaître sur ce sujet. Quelques bonnes observations complètent ce chapitre.

J'appellerai aussi l'attention sur deux chapitres importants, originaux, consacrés à la dilatation de l'œsophage et à son rétrécissement par des brides cicatricielles; et je m'arrêterai quelques instants sur celui de la rupture de l'œsophage : « Brusque déchirure de l'œsophage dans un effort violent et prolongé de vomissement, produisant une douleur aiguë sur le trajet du canal, une dyspnée considérable et quelquefois même l'orthopnée, l'emphysème sous-cutané, et un collapsus général, qui se termine promptement par la mort. »

Dans l'étiologie de la rupture de l'œsophage, l'auteur signale l'influence de l'émétique dans certaines circonstances données, une action réflexe ayant pour origine des efforts énergiques pour chasser un corps étranger, etc. Quant au mécanisme de la rupture par vomissement, cette rupture se produit quand le contenu de l'estomac ne peut pas être expulsé à travers l'œsophage aussi vite qu'il est chassé du premier viscère. Ce défaut de relation entre l'expulsion et la transmission peut dépendre de la quantité excessive du contenu de l'estomac, ou de l'obstruction du canal œsophagien, surtout si une maladie ou une lésion a produit le ramollissement de celui-ci, ou de l'atonie de l'œsophage, ou de toute condition morbide des tissus environnants, qui fait obstacle à l'expansion normale du conduit. Ici, l'auteur a placé des détails extrêmement intéressants, et, entre autres, la description et les résultats de ses expériences pour déterminer le degré de résistance des parois œsophagiennes et le point de leur rupture; puis, un tableau synoptique de 13 cas de rupture, avec les circonstances les plus importantes.

Viennent ensuite les corps étrangers de l'œsophage, l'œsophagotomie externe, la paralysie, le spasme de l'œsophage, etc.

L'auteur, s'appuyant sur des considérations sérieuses, a rattaché aux maladies du NEZ le *Hay Fever*, catarrhe ou asthme de foin. L'*Union médicale* a rendu compte de son excellente monographie sur ce sujet, qui est devenue un chapitre important du présent volume.

Dans les pages consacrées aux maladies du *nez* comme dans celles où il a traité des maladies de l'œsophage, il n'a rien négligé de tout ce qui concerne la pathologie de ce département. Nous y trouvons des cas intéressants d'hypertrophie de la muqueuse des fosses nasales, un long chapitre sur les polypes du nez, une étude sur la syphilis de cette région, sur la perte de l'odorat ou *anosmia*, etc., etc.; d'excellents dessins, en particulier au point de vue du siège des polypes; des cas où l'asthme était évidemment sous la dépendance de la présence de polypes dans le nez. A l'occasion de l'arrachement des polypes avec la pince, il fait remarquer que l'ablation d'une lamelle osseuse, non seulement n'a pas, en général, de suites fâcheuses, mais que même, dans certains cas, elle est nécessaire ou au moins favorable pour empêcher la reproduction du polype.

Dans son chapitre sur la perte de l'odorat — *anosmia* — notre confrère a cité, en le discutant, le fait cité par Bérard : conservation parfaite de l'odorat coïncidant avec la destruction complète des nerfs olfactifs, des lobes olfactifs, des pédicules qui unissent ceux-ci à la surface de l'hémisphère au devant de la scissure de Sylvius, de la scissure elle-même; en un mot, désorganisation profonde de toute la région olfactive. Les remarques de l'auteur anglais nous paraissent judicieuses, et son jugement fondé.

Parmi les causes de l'anosmie, il faut signaler la suivante : les bulbes olfactifs, en raison du peu de consistance de leur tissu, peuvent être séparés de la masse du cerveau par une chute sur la tête. Les accidents de cette nature peuvent être accompagnés de surdité, de tintements d'oreille, et même d'écoulement de sang par une oreille; dans ce dernier cas, il y a probablement une fracture de la base du crâne; mais d'autres fois, l'abolition temporaire du sentiment et la perte de l'odorat sont les seuls symptômes. Ces cas ne sont nullement rares; plusieurs ont été décrits par Notta. Le docteur Morell Mackenzie a observé un fait de cette espèce. Le patient, qui était un chirurgien, violemment lancé hors de son cabriolet, tomba sur la tête. Il resta étourdi pendant

quelques minutes, et le lendemain, il s'aperçut qu'il avait perdu le sens de l'odorat. Bien qu'il ait recouvré ensuite sa santé d'une manière complète, l'anosmie resta permanente. Ce fait est certainement très intéressant; mais la lésion cérébrale invoquée est-elle démontrée? Elle est, toutefois, vraisemblable.

Dans la troisième partie de son livre, notre confrère traite des maladies de la RÉGION NASO-PHARYNGIENNE : catarrhe chronique, végétations adénoïdes, avec des dessins d'anatomie pathologique, polypes fibreux, etc., etc. Il s'est étendu en praticien sur le traitement de ces dernières productions, et il préconise l'emploi du cautère électrique *per vias naturales*, qui, selon lui, est destiné à remplacer toutes les autres méthodes.

Le volume est terminé par un formulaire spécial. L'auteur communique aux praticiens les formules qui lui ont le mieux réussi.

Le livre dont je viens de chercher à donner une idée n'est point une compilation ; on y trouve une érudition sobre et de bon aloi. Mais il est surtout l'œuvre personnelle de son auteur qui, comme on peut le voir, même par le peu de mots qui précèdent, n'a traité son sujet qu'après l'avoir étudié pratiquement et médité pendant longtemps. Notre confrère nous dit dans sa préface combien il a mis d'années pour accomplir un travail aussi substantiel, aussi riche de faits et d'enseignements, et quel soin il lui a fallu pour se tenir au niveau de son époque dans une spécialité nouvelle, au sujet de laquelle, en raison même de sa nouveauté, les opinions et les doctrines subissent de fréquentes modifications et la littérature médicale s'enrichit d'additions constamment renouvelées.

Mais l'œuvre n'est pas finie. Pour l'accomplissement du plan de l'auteur, il manque encore un chapitre : *Diseases of the Neck*, qui complètera la série de ses *Essays on Throat Diseases*. Ce complément sera certainement accueilli avec la même faveur que les parties qui ont été déjà livrées à l'appréciation du corps médical.

Dr RICHELOT père.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE GANNAT PENDANT L'ANNÉE 1883-84.

Cette savante société possède un passé de trente-huit années, une notoriété digne d'envie, ainsi que tous les attributs d'une robuste vigueur. Et cependant, aux paroles que M. A. Mallat, son secrétaire, a écrites en tête de ce volume, on soupçonne des regrets, au sujet de l'indifférence du public vis-à-vis de telles sociétés. « Si la plupart de « nos concitoyens, dit-il, savent que nous existons, bien peu s'intéressent à nos travaux, « aucun ne songe à nous aider. » Il en est ainsi ailleurs qu'à Gannat, et ce qui m'étonne, que mon estimé confrère me le pardonne, c'est précisément son étonnement.

L'*Union médicale*, qui, la première à Paris et presque seule encore, s'efforce de rendre compte des travaux d'un nombre toujours croissant de Sociétés médicales des départements, s'associe à ces regrets. Elle est donc heureuse, ici encore, de témoigner à nos confrères de Gannat, comme à leurs émules des autres provinces, le réel intérêt que leurs efforts méritent et qu'ils inspirent au public médical.

Et d'ailleurs, c'est justice. Chirurgie, pathologie interne, obstétrique, médecine publique, chimie médicale et pharmacie, déontologie ; en un mot les multiples branches de la médecine pratique fournissent matière à leur laborieuse activité.

En chirurgie, voici un cas d'*oblitération du canal de Wharton par une petite graine* ayant provoqué un commencement de grenouillette et dont M. MIGNOT donne le récit ; une discussion provoquée par M. FLORAIN sur une arthropathie rare; la *luxation de l'articulation tibio-tarsienne en avant* ; une communication de M. ROUDAIRE *sur une fracture des deux avant-bras à la suite d'une chute ;* une amputation des deux derniers métacarpiens pratiquée par M. REIGNIER pour une *tumeur cancéreuse de la main gauche* et les observations de M. Fabre *sur une plaie par arme à feu dans la région du foie, de luxation en avant et en haut de l'extrémité interne de la clavicule droite* et *de traitement du tétanos par la pilocarpine*. Malgré son association au chloral, cette médication ne procura que des résultats éphémères et ne put prévenir la mort.

En obstétrique, M. MIGNOT a lu une *observation d'accouchement de deux jumeaux*, dans lequel l'expulsion des enfants eut lieu en deux temps : le premier seul était mort,

le second vivait et vint au monde huit heures plus tard. Dans cette circonstance, M. Mignot attendit donc et ne crut pas devoir se conformer au principe classique formulé par Mauriceau et qui consiste, dans l'accouchement gémellaire, à extraire le deuxième fœtus immédiatement après l'expulsion du premier. La terminaison de l'accouchement lui donna raison. Cela, une fois de plus, prouve l'existence d'exceptions prudentes, légitimes et raisonnables aux règles qui ont été magistralement formulées par de sévères législateurs.

Le même observateur a signalé aussi, quatre cas de *pemphigus aigu généralisé* et une remarquable observation de *délire et de crises hystériques*, faits cliniques qui nous font entrer sur le terrain de la pathologie interne.

Ici les mémoires ne sont ni de moindre nombre, ni de moindre importance. Je cite en premier lieu ceux de M. LAGOUT : l'un sur la *broncho-pneumonie herpétique*, l'autre intitulé *Du zona et de l'herpès labial sous le rapport de leur physionomie clinique* et tous deux relatifs par conséquent à une question, que ce savant médecin a fait sienne depuis longtemps.

Sous le titre de *Fluxion survenue comme complication de l'éruption d'une dent de sagesse,* un autre membre infatigable de la Société, M. FABRE, a lu une note où il analyse avec concision, mais aussi avec impartialité les recherches dont ces accidents ont été l'occasion. Ici, l'évolution de la dent de sagesse avait été très tardive, la parotidite coexistait avec l'engorgement des ganglions sous maxillaires et sa terminaison eut lieu par délitescence.

Un autre mémoire, du à la même plume, a pour sujet : *Les manifestations cutanées de la lymphadénie dans le mycosis fongoïde,* affection rare que Bazin désignait sous le nom de lèpre indigène et qui est toujours en discussion entre les dermatologistes.

L'acétonémie a été l'objet d'un débat soulevé par MM. CORNILLON et MALLAT, dans une note intitulée : *La doctrine de l'acétonémie à propos d'un cas de coma diabétique.* Les auteurs, après avoir discuté cette observation qui est très complète, démontrent que la coloration rouge brun des urines traitées par le perchlorure de fer n'est pas particulière aux individus amaigris et déjà glycosuriques depuis longtemps.

Au reste, le diabète est en honneur dans cette Société et M. MALLAT a donné lecture d'*observations relatives aux résultats obtenus par le traitement du diabète à Vichy.* Elles démontrent que ces eaux diminuent la polydipsie et la glycosurie, mais temporairement seulement.

Je citerai encore l'*observation de calcul de l'urèthre chez l'homme*, par M. REIGNIER ; — une *analyse de calculs de la vessie et de l'urèthre* par M. MALLAT ; — une observation de *cystinurie* par M. BRETET et une note de M. SAHUT sur *un calcul dans l'urèthre d'une jeune fille.*

Parmi les questions de médecine légale, dans l'appréciation desquelles l'hésitation était permise, M. FLORAIN a demandé avis à ses collègues dans le cas embarrassant d'une jeune fille atteinte d'hystérie convulsive dont l'attaque initiale aurait été consécutive à des tentatives de violence. Aucune trace n'existait sur les organes génitaux, mais par contre les antécédents fournis sur l'inculpé étaient mauvais. M. Florain, avec une sage prudence, a donc produit des conclusions très réservées, les seules qui fussent légitimes.

En pharmacologie, il faut encore citer les travaux de M. BRETET, *sur les quinquinas et sur la valeur comparative de quelques extraits de plantes narcotiques*, et, au point de vue de déontologie, le récit très humoristique de M. NOIR sur un cas de réforme, ainsi qu'une page de M. MIGNOT sur l'art d'interroger les malades et qu'il publie sous le nom de *La douce parole.*

Je termine en constatant à nouveau que la médecine publique occupe une grande place dans les travaux de nos confrères. Aussi, la deuxième partie du compte rendu actuel lui est consacrée sous forme d'analyses de travaux importants ou de mémoires originaux, comme celui de M. FABRE sur les *mineurs et l'anémie*, sujet qui lui est familier.

L'année a donc été bien remplie et aura place parmi les plus fécondes dans les annales de ce corps savant. Après cela, il faudrait être aveuglé ou de mauvaise foi pour mettre en doute la valeur des Sociétés savantes des départements et les services qu'elles rendent à la science. Voilà donc une justification de la place que l'*Union médicale* consacre à rendre compte de leurs travaux et continuera de leur consacrer dans l'avenir.

C. E.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 décembre 1884. — Présidence de M. Alph. Guérin.

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de candidature de MM. Albert Robin, Gabriel Pouchet, Riban, Hardy, Schutzemberger et Desplats pour la section de physique et de chimie.

2° Une note de M. le docteur Coursserand « sur l'emploi du chlorhydrate de cocaïne comme antiphotophobique dans le traitement de certaines ophthalmies ».

M. Proust présente, au nom de M. le docteur Pascal (de Bordeaux), une brochure intitulée : « Essai sur la statistique démographique et médicale de la ville de Bordeaux. »

M. de Villiers présente, de la part de M. le docteur Merle (de la Ferté-Alais), un travail manuscrit « sur la coniase biliaire ».

M. Bourgoin offre en hommage la première partie de l' « Histoire des aldéhydes ».

M. Dechambre présente, au nom de M. le docteur Deshays (de Rouen) un travail intitulé : « Etude rétrospective sur le choléra à Rouen. »

M. Berthelot dépose sur le bureau, de la part de M. Hureau de Villeneuve, une note « sur l'usage de l'eau distillée comme boisson pendant les épidémies ».

M. Dujardin-Beaumetz présente, au nom de M. le docteur Carlet, une brochure « sur les tumeurs fibreuses de l'utérus ».

— M. Giraud-Teulon donne lecture de sa réponse à M. Marey, au sujet de la discussion soulevée entre eux sur la théorie du mécanisme du saut et du vol.

M. Gariel, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Brouardel et Giraud-Teulon, donne lecture d'un rapport sur un nouvel appareil, dit *hema-spectroscope*, de M. Maurice de Thierry.

Cet appareil est destiné à la recherche de très petites quantités de sang dans un liquide quelconque. Il se compose essentiellement d'un tube en cristal dans lequel on met le liquide à essayer, et qui est fermé à ses deux extrémités par deux lames de verre à faces parallèles serrées dans des garnitures métalliques à vis. Ce tube est monté sur un pied analogue à celui du microscope portant un miroir concave destiné à éclairer le tube et un spectroscope à vision directe.

Sans présenter aucun principe nouveau, l'hema-spectroscope est susceptible de rendre des services aux naturalistes, aux chimistes qui s'occupent de questions biologiques, enfin et surtout à la médecine légale, où sa grande sensibilité permettra de reconnaître la présence du sang, même dans des proportions minimes.

M. Tison lit un travail « sur trois cas de chromhydrose jaune. (Comm. MM. Dechambre, Bergeron et Le Roy de Méricourt, rapporteur.)

M. Léon Colin lit un travail sur l'épidémie de la banlieue nord de Paris. Avec M. Dujardin-Beaumetz, il admet le caractère contagieux de la maladie; il estime que l'infection cholérique de cette région du département de la Seine est antérieure au mois de septembre.

Certains faits permettent de supposer que la petite épidémie survenue le 20 de ce dernier mois avait été précédée elle-même de manifestations bien suspectes, et l'une des localités le plus spécialement frappées est Aubervilliers.

Suivant lui, l'ensemble des conditions mauvaises, mais normales, en définitive, en cette région de la banlieue depuis plusieurs années, et très aptes à créer à ceux qui les subissent une réceptivité redoutable, ne pouvaient pas cependant, à elles seules, engendrer l'épidémie. Il admet, d'accord, pense-t-il, avec la majorité de ses collègues, une connexion intime entre les faits observés dans la banlieue de Paris et l'épidémie du midi de la France.

Relativement à la part d'influence qui reviendrait à l'air et à l'eau dans la propagation du choléra, M. Léon Colin reproduit l'opinion qu'il a déjà exprimée, dans une précédente communication, savoir que l'eau de boisson n'est pas la cause principale de

la propagation des épidémies cholériques. La doctrine de la propagation par l'eau lui paraît peu applicable au fait à peu près constamment observé dans les épidémies des grandes villes, de l'apparition simultanée du mal dans les quartiers plus éloignés les uns des autres. L'épidémie de 1884 vient de reproduire à cet égard l'enseignement fourni par les précédentes. Devant cette diffusion du mal, il est permis de demander de nouveau s'il existe, en pareilles circonstances, un autre répartiteur que l'atmosphère, véritable habitat des germes cholériques.

La rapidité avec laquelle sont parfois atteintes les personnes de l'entourage des malades, la fréquence relative des cas intérieurs dans les hôpitaux, l'exemple des armées, en général plus gravement atteintes quand elles sont en marche, c'est-à-dire quand elles s'éloignent ainsi forcément, chaque jour, des puits et ruisseaux contaminés par leurs malades, semblent militer en faveur de la thèse de la propagation atmosphérique du choléra.

Suivant M. Léon Colin, il existe des causes banales tout aussi efficaces que la mauvaise qualité des eaux; à un père de famille qui lui demanderait si mieux vaut, en temps de choléra, faire bouillir l'eau destinée à la table du ménage, ou faire porter aux siens la ceinture de flanelle, il conseillerait peut-être en première ligne ce dernier moyen.

Il en est de même des excès de régime et surtout des excès alcooliques ; récemment à Gênes, où la pollution de l'eau de boisson paraît avoir été pour beaucoup dans la propagation du mal, car elle était spécifique, la municipalité paraît avoir rendu un grand service à la population en prévenant une cause de danger par la fermeture des débits de boisson jusqu'à la fin de l'épidémie.

« En résumé, dit M. Léon Colin, nous estimons que la contamination atmosphérique joue le rôle principal dans la propagation du choléra. Quant à l'eau de consommation, elle peut agir comme intermédiaire de l'agent spécifique et à titre de cause efficiente, quand elle a été polluée par les déjections cholériques ; elle intervient moins énergiquement, mais plus fréquemment à titre de cause prédisposante, quand elle est contaminée par des matières excrémentitielles d'origine banale.

« C'est dire pourquoi nous réclamons, et surtout en temps d'épidémie cholérique, l'assainissement de tous les cours d'eau contribuant à l'alimentation publique, et avec quelle conviction nous avons voté les conclusions formulées à cet égard dans une des dernières séances au bénéfice de la population parisienne. »

M. Dujardin-Beaumetz demande que la parole lui soit réservée dans la prochaine séance pour répondre à M. Léon Colin.

— La séance est levée à cinq heures.

Galvanocautère à accumulateurs

Par le docteur Jules Chéron.

(Présenté à l'Académie de médecine par M. Léon Labbé, le 18 novembre 1884).

Les progrès de la galvanocaustie thermique ont été enrayés depuis quelques années par la création du thermocautère Paquelin, application ingénieuse de l'élévation de température produite sur la mousse de platine par les vapeurs combustibles. La commodité de cet instrument, son faible poids et son peu de volume, ont séduit, à juste titre, les chirurgiens et les médecins. Mais le galvanocautère n'en conserve pas moins des avantages incontestables : avec lui seul, on peut placer le cautère à froid et le porter au rouge, une fois en place ; l'exiguïté des cautères galvaniques peut être poussée très loin, et les effets du rayonnement sont réduits au minimum ; le cautère galvanique peut prendre la forme d'une anse simple ou double, et lui seul a de semblables propriétés.

Pour pratiquer des opérations sur l'utérus, telles que l'ignipuncture, l'amputation du col, etc., l'emploi du galvanocautère est incomparable. Il y a donc lieu de ne pas abandonner un moyen si précieux.

La modification apportée à la pile secondaire de Planté par M. Faure, créateur des accumulateurs en profondeur ou à oxydes, en ouvrant une ère nouvelle aux applications industrielles de l'électricité, permet aujourd'hui de rendre à la galvanocaustie thermique la place qui lui est due. L'accumulateur Faure a subi des perfectionnements successifs, qui ont eu pour résultat une capacité plus grande dans la puissance d'emmagasinement et une réduction de poids et de volume.

Un ingénieur fort distingué, M. Paul Gadot, a construit les accumulateurs qui représentent la partie active du nouveau galvanocautère ; une légère modification a permis de les rendre étanches, condition essentielle d'un appareil médical de ce genre.

M. Ch. Dubois, constructeur d'instruments de chirurgie, a disposé ces accumulateurs dans une boîte avec les différents cautères. Il est facile de les en sortir, soit pour les employer, soit pour les recharger.

L'intensité du courant fourni par chacun des accumulateurs est de 20 ampères ; la force électro-motrice est de 2 volt 1/4 pour chacun d'eux. Les cordons conducteurs, réunis dans une gaine de caoutchouc, ne sont ni lourds ni embarrassants comme les anciens cordons des piles à galvanocaustie.

La durée de la décharge des accumulateurs est inversement proportionnelle à la quantité d'électricité absorbée par le cautère employé. Les cautères ordinaires (flèche, couteau, anse galvanique) absorbent une quantité d'énergie électrique égale à 25 à 28 ampères-heure ; l'accumulateur, dont la puissance n'est que de 20 ampères-heure, épuisera donc son approvisionnement en 40 à 45 minutes. Sauf des cas assez rares, il n'est pas d'opération dans laquelle l'emploi du courant galvanothermique ait une durée *effective* aussi longue.

Pour l'éclairage médical, une lampe à incandescence de deux bougies, n'ayant besoin pour fonctionner que d'une énergie s'élevant à peine à 1 ampère-heure, la durée de la provision électrique sera de 10 à 20 heures, selon qu'on emploiera 1 ou 2 accumulateurs.

La température chirurgicale par excellence étant celle du rouge sombre, on doit s'attacher à maintenir les cautères à ce degré. Cette condition s'obtient à l'aide d'une roue analogue à la roue de Masson, intercalée dans le circuit. Elle est fixée dans la boîte, et, sa rotation plus ou moins rapide modérant plus ou moins l'écoulement du courant, on maintient de la sorte les cautères à la température voulue.

Quand les accumulateurs ont épuisé leur provision, la recharge peut se faire dans le cabinet du praticien, à l'aide de trois ou quatre éléments de pile d'une force électromotrice un peu supérieure à celle des accumulateurs et d'un débit moyen de 12 ampères-heure par kilogramme de plaque.

En résumé, le galvano-cautère à accumulateurs, tout en conservant les propriétés de la pile à galvanocaustie thermique, fait disparaître ses plus graves inconvénients. Il n'est pas douteux que l'avenir de ce remarquable moyen chirurgical réside tout entier dans l'utilisation bien comprise des accumulateurs.

FORMULAIRE

Suppositoires contre la fissure a l'anus. — J. Simon.

Extrait de belladone	4	grammes
Onguent populeum	8	—

Beurre de cacao q. s. pour quinze suppositoires. — En introduire un, le soir en se couchant, pour calmer les douleurs de la fissure à l'anus. Ces suppositoires provoquent quelquefois de la sécheresse de la gorge et de la dilatation de la pupille, et dans ce cas, il y a lieu d'en suspendre l'usage. — N. G.

COURRIER

Concours. — Le lundi 19 janvier 1885, à deux heures précises, il sera ouvert dans l'amphithéâtre de la Pharmacie centrale de l'administration de l'Assistance publique à Paris, quai de la Tournelle, 47, un concours pour la nomination aux places d'élèves en pharmacie, vacantes dans les hôpitaux et hospices.

Les élèves qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, de onze heures à trois heures. Le registre d'inscription sera ouvert le lundi 8 décembre 1884, et fermé le samedi 3 janvier 1885, à trois heures.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

Clinique thérapeutique.

Recherches thérapeutiques sur un nouvel antipyrétique, « l'antipyrine » (1)

Par Henri Huchard, médecin de l'hôpital Bichat.

On a lu les effets remarquables produits par l'antipyrine. Je pourrais encore citer d'autres exemples qui démontreraient tous du reste, que sous l'influence de ce précieux médicament, la température des phthisiques s'abaisse d'une manière progressive et sûre sans provoquer aucun accident; que l'abaissement thermique a une durée de 6 à 9 et même 12 heures; que l'action du médicament se fait sentir les jours suivants; enfin qu'il n'est pas nécessaire de recourir aux doses de 4 à 6 grammes pour abaisser la température, mais seulement aux doses de 2 à 3 grammes.

Pour démontrer encore l'action de l'antipyrine sur la température fébrile en général et sur celle des phthisiques en particulier, je ne puis résister au désir de publier le fait suivant observé en ville :

Obs. V. — Il s'agit d'un jeune homme de 17 ans, atteint d'une première hémoptysie le 16 août 1884; depuis cette époque, la tuberculose marquée au sommet droit a fait de réels progrès, et le malade a été à peine quelques jours sans fièvre, malgré l'emploi de tous les antipériodiques ou antipyrétiques connus. C'est dans ces conditions que je proposai au père du jeune homme de faire usage du nouveau médicament, et dès le premier jour, la température est devenue normale. Au grand étonnement de toute la famille, le malade, qui était très affaibli, a éprouvé une grande sensation de bien-être, il a pu se lever et partir pour le midi dans un état d'amélioration réelle.

Le 16 novembre. — A 3 heures du soir, temp. 39°2 (2 grammes d'antipyrine).

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 29 novembre 1884.

FEUILLETON

CAUSERIES

Associations d'idées. — Un livre de Gustave Droz et un article de M. Dechambre. — Toute-puissance de M. de Bismarck en Allemagne. — Une imprimerie rapide. — L'air italien dans le traitement des maladies du larynx. — Les œufs de choléra.

Qui n'a lu ce livre charmant de Gustave Droz, intitulé : *Monsieur, Madame et Bébé?* Je crois que peu de personnes répondront : « moi ! »; car, lorsque je pus l'acheter de mes économies, en l'an de grâce 1876, il en était déjà à sa 83e édition. Donc, si tout le monde l'a lu, tout le monde se rappelle ce drôle de petit chapitre qui porte en titre : « Fausse alerte ». La fausse alerte est causée par un melon indigeste qui a exercé ses ravages dans..... Devinez le reste, car ce n'est pas cela que je veux rappeler, mais une réflexion très juste faite par l'auteur du livre.

« Avez-vous remarqué, dirai-je avec lui, lorsque vous êtes tout à coup transporté dans un milieu que vous ne connaissiez pas, comme certains petits détails indifférents pour tout le monde prennent de l'importance pour vous? La première impression est basée sur une foule de petits riens qui vous ont sauté tout d'abord aux yeux. Telle tache au plafond, tel clou dans la muraille, tel détail dans la physionomie de votre voisin se grave dans votre esprit, s'y installe, y prend de l'importance, et, malgré vous, toutes les autres observations que vous faites ensuite viennent se grouper autour de cette tache,

A 4 heures 1/4, et, à 5 heures, 37°8 (1 gramme d'antipyrine).
A 6 heures, 37°8, et, à 9 heures 1/2, 38°1.
Le 17. — A 8 heures du matin, 37°5.
A 10 heures 1/2, 39° (2 grammes d'antipyrine).
A 11 heures 1/2, 38°1 (1 gramme d'antipyrine).
A 4 heures, 37°4.
A 7 heures, et, à 10 heures, 38°6.
Le 18. — A 8 heures, temp. 37°7.
A 11 heures 1/2, 38°9 (1 gramme d'antipyrine).
A midi 1/4, 38°5, et, à 3 heures, 38,1 (1 gramme d'antipyrine).
Le 19. — A 5 heures du soir, 38°3; 7 heures, 38°2, et, 10 heures, 38°5, au lieu de 39 et 40, les jours précédents. (N'a pas pris d'antipyrine.)
Le 20. — A 3 heures du soir, 38°4 (2 grammes d'antipyrine).
A 5 heures, 37°4, et, à 10 heures, 38°5.
Le 21. — A 8 heures 1/4, 37°2.

Le malade n'a eu aucune sueur, il n'a éprouvé aucun accident, et il a, au contraire, accusé une grande sensation de bien-être.

Enfin, je reçois à la date du 1er décembre, d'une ville du midi où se trouve le malade en ce moment, une lettre d'où je détache le passage suivant : « Le 30 novembre, la température étant de 39°2 à trois heures, on donne 2 grammes d'antipyrine, et à 4 heures, *sans aucun accident*, la température était de 38° ; à 7 heures, de 37°2 au lieu de 39°5 ou 40°2 que nous avions les jours précédents. »

Ces chiffres pourraient se passer de commentaires.

Voici quelques autres observations qui démontrent l'action antipyrétique du médicament, dans diverses affections (pleurésie, pneumonie, phlegmon des parois abdominales) :

Obs. VI. — Un vieillard de 70 ans, atteint de pleurésie (salle Andral, n° 24), présente le 19 novembre à 5 heures, une température axillaire de 39°2. On lui donne alors 2 grammes d'antipyrine; à 5 heures 1/2, une demi-heure après l'administration du médicament, la température était à 37°8, et, à 7 heures, à 36°2, mais on note la production de sueurs assez abondantes.

Ainsi, en deux heures, l'abaissement thermique a été de 3 degrés.

Obs. VII. — Un autre malade, F..., charretier, âgé de 23 ans, entré le 20 octobre, salle Andral, n° 23, convalescent de fièvre typhoïde. Depuis le 7 novembre, ce malade heureusement traité pendant toute la durée de sa dothiénentérie par la caféine, présente

---

de ce clou, de cette grimace. Remarquez cela, cher lecteur, et vous verrez que chacune des opinions que vous pouvez avoir sur un fait, une personne ou un objet, a été sensiblement modifiée par le souvenir de ce petit rien qui vous a sauté aux yeux au premier aspect.....

« Je me souviens très bien qu'à la première visite que j'eus l'honneur de faire à Mme de M..., je remarquai que l'une de ses dents, la première molaire à droite, je la vois d'ici, était absolument bleue, — d'un vilain bleu noirâtre. Je ne fis qu'apercevoir le petit monstre bleu, tant on prenait de soin à le cacher, mais cette découverte ne me sortit plus de la tête... A mon insu, cette molaire bleuâtre personnifia si bien la comtesse que maintenant encore, quoique la vilaine dent ait été remplacée par une autre magnifique, deux fois plus grande et blanche comme un fond d'assiette, eh bien, maintenant encore, dis-je, Mme de M... ne peut pas ouvrir la bouche sans que tout naturellement je ne cherche des yeux la petite horreur. »

— Très bien, mais où voulez-vous en venir, avec votre souvenir de fausse alerte?

— Attendez donc. Vous avez lu certainement aussi, car vous ne pouviez faire autrement, l'intéressant article que M. Dechambre vient d'écrire sur la fécondation artificielle dans la *Gazette hebdomadaire*, et qui n'est pas indigne de l'éminent auteur de la *Déontologie médicale*. Vous avez admiré comme moi la critique si fine et si spirituelle qu'il fait d'un genre de littérature qui devient de plus en plus à la mode et qui emprunte aux raretés, aux bizarreries mêmes de la médecine, le thème, le canevas sur lequel les auteurs brodent leurs romans. Vous n'avez pas moins admiré la discussion approfondie qu'il consacre à la légitimité de la fécondation artificielle chez la femme, aux arguments et aux documents gynécologiques, philosophiques, théologiques et juridiques sur les-

une température normale, au-dessous de 38°. Le 23 novembre, sous l'influence d'un abcès de la paroi abdominale, la température monte brusquement à 40°1.

Le 24. — A 10 heures 3/4, temp. 39° (2 grammes d'antipyrine).

A 11 heures, 39°.

A 11 heures 1/2 et à 11 heures 3/4, 38°4.

A 12 heures 3/4, 38°,2.

A 1 heure, l'urine présente la réaction caractéristique au perchlorure de fer.

A 1 heure 3/4, 38°5, et, à 2 heures, 38°1.

A 3 heures, 38°1 (2 grammes d'antipyrine).

A 4 heures, 37°8 (5 grammes d'urée par litre).

A 5 heures, 37°5 (légère moiteur).

A 6 heures, 37°6 (pas de sueurs véritables, ni nausées, ni vomissements).

A 7 heures et 8 heures, 37°6 (sueur légère, surtout au dos, sensation de bien-être).

A 10 heures, 38° (sommeil tranquille).

Le 25. — La température était normale le matin, le soir elle n'atteignait plus que 38°6, et le tracé sphygmographique avait fait constater la disparition du dicrotisme.

J'ai encore employé en ville l'antipyrine pour un cas fort intéressant. Il s'agissait d'une pneumonie à forme infectieuse contractée par le malade depuis cinq jours. Cette pneumonie était survenue insidieusement, sans point de côté, alors que sa femme avait été prise des mêmes accidents graves et huit jours auparavant. Appelé en consultation par mon excellent confrère, le docteur Lelu, je jugeai avec lui la position comme fort grave et désespérée même (pneumonie double, expectoration abondante, jus de pruneaux, dyspnée intense, facies plombé, subdélire, soubresauts des tendons, fièvre vive). Nous étions en présence, non pas d'une pneumonie avec fièvre, mais bien d'*une fièvre avec pneumonie*, et il devenait important de s'adresser dans ce cas à l'élément fébrile qui jouait certainement le rôle principal. La température a été promptement abaissée par le médicament, l'état général s'est relevé pour peu de temps il est vrai, car le malade a succombé deux jours après; mais l'amélioration a été telle qu'on ne saurait trop conseiller au début de ces formes graves de fièvre pneumonique, l'emploi de l'antipyrétique.

Voici la relation abrégée que le docteur Lelu a bien voulu me donner sur ce cas intéressant :

Obs. VIII. — « D'après vos conseils, — m'écrit mon excellent confrère, — j'ai admi-

---

quels on s'appuie pour la déclarer possible; — à coup sûr vous avez été très intéressé par l'analyse du roman le *Faiseur d'hommes* dans lequel est retracée l'histoire d'une famille noble d'Allemagne, qui, désirant à toute force avoir des héritiers, *per fas et nefas*, consent à accepter, comme dernier moyen, l'aide de la seringue du docteur Knauss; — et vous avez vu, enfin, que M. Dechambre, se plaçant au point de vue le plus élevé de la dignité de notre art, conclut que dans certains cas, dont il indique nettement les conditions, on peut avoir recours à la fécondation artificielle. Personne, assurément, ne pouvait traiter avec plus de tact et de convenance cette question si délicate; et son article, qui est une véritable consultation dont pourront tirer grand profit tous ceux qui se trouveront appelés à se prononcer en pareil cas, devrait être reproduit en tête des chapitres des traités de gynécologie consacrés à la fécondation artificielle. Celle-ci a, d'ailleurs, été pratiquée déjà non seulement en Allemagne, mais encore en Amérique et même en France, et son manuel opératoire est décrit dans les ouvrages récents de M. de Sinéty et de MM. Hegar et Kaltenbach.

— Mais, encore une fois, où voulez-vous en venir? — A ceci, impatient lecteur : C'est que cet article si remarquable renferme, comme la bouche de la belle Mme de M..., une dent noire, ou plutôt trois. Ce sont des fautes d'imprimerie, je le sais bien, mais enfin on ne refait pas son caractère, et rien ne m'impressionne plus désagréablement que les fautes d'orthographe; aussi de cet article si intéressant, ce que j'ai le mieux retenu, c'est que la *Gynécologie* de MM. Hegar et Kaltenbach avait été traduite par M. le docteur Bar, parce que ces noms sont orthographiés Hégard, Kaltenbuch et Bard.

Heureusement que je sais où retrouver l'article en question et que je pourrai le relire quand j'en aurai besoin. Mais n'importe, quand j'y pense, ce n'est rien de tout ce qui

nistré l'antipyrine au malade atteint d'une pneumonie double à forme infectieuse que nous avons vu ensemble. L'action antithermique de ce médicament a été remarquable et je ne connais pas, en thérapeutique, de substance dont l'effet sur la température soit aussi rapide et aussi marqué. Malheureusement l'antipyrine a été administrée pour ainsi dire *in extremis*, ce qui n'a pas permis d'étudier ni de constater l'action du médicament sur la marche de la maladie. Néanmoins, telle qu'elle se présente, l'observation offre un grand intérêt, malgré les conditions très défavorables dans lesquelles le médicament a été employé. Sur votre conseil, à huit heures du soir, l'antipyrine fut donnée à la dose de 2 grammes, alors que la température axillaire marquait 39°9. *Une heure après, le chiffre thermique avait baissé de près de deux degrés*, et n'était plus que de 38°. Jusqu'à une heure du matin, la température, prise régulièrement toutes les heures, resta stationnaire à 38°, et, à cette heure seulement, le thermomètre remonta jusqu'à 39°.

Le lendemain matin, 2 grammes d'antipyrine furent encore administrés à 9 heures, et, cette fois, l'effet fut encore aussi marqué. Car, une heure après, c'est-à-dire vers 10 heures, la température était tombée de 39° à 37°8. Les heures suivantes, 11 heures, midi, 1 heure, 2 heures, on constata 38°, 38°2, 38°2, 38°4. Ce n'est que vers 5 heures du soir que la température remonta au chiffre de 39°5, alors que les jours précédents, à la même heure, le thermomètre marquait 39°9 et 40°5. Malgré cette diminution de la température, je n'ai remarqué, sous l'influence de l'antipyrine, aucune modification des accidents pulmonaires, qui étaient assez graves, du reste, pour que nous ayons prévu la mort à brève échéance. Mais, on ne peut conclure à ce sujet, l'antipyrine ayant été prescrite trop peu de temps, et peut-être à trop faible dose (4 grammes en deux fois, à 11 heures d'intervalle environ) dans un cas extrêmement grave et désespéré (pneumonie double, infectieuse, chez un alcoolique).

Une heure environ après l'administration du médicament, voici ce qui a été observé ; Le malade eut quelques sueurs profuses, sans frisson ; le nombre des respirations descendit de 48 à 40, et leur amplitude parut devenir un peu plus grande. La sécheresse de la langue fut un peu moindre pendant une heure ou deux, et, durant ce laps de temps, le malade parut éprouver un réel bien-être et un grand soulagement. Toutefois, le pouls ne perdit pas de sa fréquence, il se maintint toujours à 120, même lorsque le thermomètre descendit à 37°8. A part quelques vertiges passagers et sans importance, qui durèrent environ de 15 à 20 minutes, le malade ne parut éprouver aucun malaise.

Ainsi donc, *abaissement considérable de la température, diminution du nombre des respirations, sentiment de bien-être* pendant plusieurs heures, *diminution de la sécheresse de la langue*, tels sont les effets obtenus avec 4 grammes d'antipyrine. Les circonstances m'ont malheureusement empêché de continuer l'administration du médicament, et même de revoir le malade, qui succombait, du reste, le lendemain matin. Mais cette issue était

---

constitue les qualités de l'article de M. Dechambre qui me revient à l'esprit tout d'abord, c'est, et j'en suis réellement confus, l'orthographe fautive des trois noms susdits. Les deux *d* de trop, passe encore, parce que la prononciation reste la même ; mais l'*u* ! Cet *u* est, pour ma malheureuse cervelle, le clou de l'article : je ne puis me débarrasser de Kaltenbuch. Kaltenbuch ! c'est une véritable obsession, au sujet de laquelle j'irai certainement demander un de ces jours une consultation à Coquelin cadet.

*
* *

La république est un gouvernement dans lequel le roi ne fait rien de ce qu'il veut ; la royauté en est un autre dans lequel le roi fait ce qu'il veut.

Vous allez encore me demander où je veux en venir avec cette citation, qui sent beaucoup plus la politique que la médecine. Rassurez-vous ; cette fois, je ne vais pas vous raconter une première histoire pour arriver à celle qui fera le sujet de ce paragraphe, et j'arrive droit à mon sujet.

M. de Bismarck, l'auteur de la définition que je viens de rapporter, passe, comme vous le savez, pour un peu obèse. Je dis *passe*, car je ne l'ai jamais vu et ne tiens pas à le voir. Cette obésité lui pesant, et surtout la crainte de la voir augmenter, il eut recours aux bons soins d'un spécialiste pour l'en débarrasser. La cure réussit assez bien pour que M. de Bismarck, empereur véritable de l'Allemagne, crût pouvoir témoigner sa reconnaissance envers son médecin en le nommant *hic et nunc* professeur des maladies cutanées à l'Université de Berlin, et en lui donnant en outre un service de clinique à l'hôpital de la Charité. Sans doute, le prince aurait pu trouver d'autres moyens d'honorer

prévue, comme vous le savez, dès l'avant-veille, jour où vous avez vu le malade en consultation avec moi. »

Obs. IX. — Une de mes malades de la ville, atteinte d'angiocholite avec accès fébriles revenant le soir, prend, le 21 novembre, 2 grammes d'antipyrine, alors que la température était de 38°8. A 9 heures, la température était de 38°2; à 10 heures, 37°6; à 10 heures 1/2, 37°9; à 11 heures, 37°4. Le 22, au matin, la température était de 37°6, alors que les jours précédents elle marquait 38° à 38°2.

Le 28 novembre, la température étant, le soir, de 89°,2, on donne 2 grammes d'antipyrine qui sont immédiatement rejetés par un vomissement et ne produisent par conséquent aucun effet. Le lendemain, à 8 heures 1/4, la température étant de 39°4, on donne 2 grammes d'antipyrine. A 8 heures 3/4, la température est de 38°7 ; à 9 heures 1/2, 10 heures 10 m., 10 heures 50 m., 11 heures 25, elle marque 38°1, 37°7, 37°,4, 37°1. A 1 heure du matin, la malade est prise d'un grand malaise qui dure une partie de la nuit, et elle a un vomissement très abondant. Les jours suivants (30 nov. et 1er déc.), la température reste normale (37°3 à 37°8), alors que les jours précédents elle marquait toujours, le soir, de 38°5 à 39°5. Je la revois encore le 3 décembre *dans l'apyrexie la plus complète.*

Après l'administration de l'antipyrine, les malades ont parfois des sueurs assez abondantes; quoiqu'elles soient moins profuses et moins prolongées que celles déterminées par l'acide phénique ou la kaïrine, il était intéressant de savoir si la prescription de préparations antisudorales, avant l'administration de l'antipyrine, pouvait remédier à ce léger inconvénient qui du reste, je le répète, se produit d'uue façon inconstante. L'observation suivante, que nous avons déjà rapportée, concerne un homme de 70 ans atteint de pleurésie et qui, après les premières doses d'antipyrine, s'était plaint de sueurs assez abondantes. Celles-ci ne se sont pas produites, comme on va le voir, sous l'influence d'une pilule d'agaricine prescrite un quart d'heure avant l'antipyrine, ainsi que le recommande le docteur Riegel (de Giessen); on verra aussi que la suppression des sueurs n'a pas nui à l'action antifébrile du médicament.

Obs. X. — Le 25 novembre, à 3 heures, la température étant de 38°5, on fait prendre une pilule de 0,005 milligr. d'agaricine pour empêcher la production des sueurs.

A 3 heures 1/4, on pratique une injection sous-cutanée de 1 gramme d'antipyrine.

A 4 heures 1/4, la température est à 38°.

A 5 heures 3/4, elle est de 37°4.

---

l'heureux homme qui a fait fondre sa graisse ; mais celui-ci habitait Munich, et, pour l'attacher à sa personne et avoir son masseur sous la main, il trouva tout simple de le bombarder professeur extraordinaire. Et voilà comment le docteur Schweinnger, qui jusqu'alors était resté absolument inconnu du monde scientifique, est devenu subitement, par la seule volonté du chancelier de l'empire d'Allemagne, le pair des Wirchow et des Dubois-Reymond. Ceux-ci ont protesté, comme bien vous pensez. L'Université tout entière, je parle du corps enseignant, s'éleva comme un seul homme contre cette nomination, et porta ses plaintes nombreuses et répétées au ministre de l'instruction publique ; elle fouilla dans la vie privée du nouveau savant et trouva qu'il avait été pris en flagrant délit d'attentat aux mœurs sur la femme d'un confrère et condamné de ce chef ; on fit tant de bruit sur cet antécédent juridique, que Schweinnger envoya un cartel à M. Dubois-Reymond, qui refusa de se battre avec un monsieur pareil. On eut beau faire ; le chancelier, qui en a vu bien d'autres, fit la sourde oreille, et, de son côté, le professeur extraordinaire trouva probablement que sa chaire était une compensation suffisante à toutes les avanies, car il s'y cramponna tant, qu'il finit par avoir son cours, et — voyez commé Sa Majesté Bismarck fait tout ce qu'elle veut — il se trouva dans l'amphithéâtre un auditoire qui applaudit.

Tout cela ne prouve pas beaucoup en faveur de l'Université de Berlin. Pour que M. de Bismarck ait cru pouvoir agir envers elle avec un tel sans-façon, il faut qu'il l'ait en bien petite estime. Si un pareil fait se fût passé chez nous, je suis persuadé qu'immédiatement la grande majorité des professeurs, sinon tous, auraient donné leur démission ; à Berlin, on a protesté, je le veux bien, mais platoniquement, et personne n'a eu envie de quitter sa place en signe d'indignation. A Paris, les étudiants auraient si bien reconduit

A 7 heures 3/4, elle est de 36°8.
Les sueurs ont été nulles.

Enfin, j'ai voulu voir l'action du médicament sur les malades sans fièvre, d'autant plus que certains auteurs, en Allemagne, avaient noté l'existence d'une élévation thermique dans ces cas. Je ne l'ai pas constatée, comme il résulte de l'observation suivante, et je n'ai pas non plus observé de diminution du chiffre thermique chez un sujet sain.

Obs. XI. — A 3 heures 1/2, la température étant de 37°2, on fait prendre 2 grammes d'antipyrine à une malade; une heure et deux heures après, la température reste à 37°; mais, le lendemain, on constate la réaction caractéristique des urines.

Ces observations sont suffisantes pour démontrer les effets réellement remarquables produits par l'antipyrine. Elles prouvent que ce médicament, au moins jusqu'à ce jour, est exempt d'inconvénient, et qu'il abaisse la température d'une manière sûre et progressive dans les cas, comme dans la fièvre des phthisiques, où tous les antipyrétiques échouent le plus souvent. J'ai employé de 2 à 4 grammes par jour, que je fais dissoudre par dose de 2 grammes dans un demi-verre d'eau aromatisée avec le sirop de menthe.

Les injections sous-cutanées me paraissent inutiles à employer: d'abord parce que l'ingestion du médicament par l'estomac ne produit aucun accident, excepté dans les cas assez rares du reste (voir obs. IX), où il produit des vomissements ; ensuite parce que la méthode hypodermique est un peu douloureuse et m'a paru donner des résultats moins satisfaisants, contrairement à ce que l'on sait sur l'action des injections sous-cutanées. Mais d'autres expériences plus nombreuses encore sont nécessaires pour fixer la science à ce point de vue.

Comme chez certains sujets l'antipyrine produit un peu de répugnance, quelques nausées, des vomissements, on pourrait certainement administrer le médicament sous forme de lavement à la dose de 2 à 3 cuillerées d'une solution au 15e dans 200 grammes d'eau.

Je ne puis qu'effleurer ici son *action physiologique*, que je connais imparfaitement et qui sera révélée, je l'espère, par les expériences et les observa-

---

l'intrus dès sa première apparition à la Faculté, qu'il n'eût pas été tenté d'y revenir une seconde fois ; à Berlin, on a applaudi.

D'ailleurs, en France, les choses ne pourraient se passer ainsi; un gouvernement, encore moins un ministre, n'y songerait même pas; par suite de la différence qui existe entre nos mœurs et les mœurs et coutumes allemandes, nous sommes à l'abri d'une telle iniquité. Nous n'avons donc pas tout à envier à l'Allemagne dans l'organisation et dans le fonctionnement de ses Universités. Le fait qui vient de se passer à Berlin n'est pas, du reste, de nature à faire couler nos larmes. Quand la presse allemande renouvellera les accusations d'ignorance et d'ineptie qu'elle profère de temps en temps contre nos savants, nous pourrons songer en nous-mêmes, et lui répondre, si bon nous semble, que jusqu'alors les travaux de M. Schweinnger n'ont pas encore remplacé ceux de nos maîtres, Bazin, Hardy, E. Besnier, A. Fournier, etc. Nous nous rappellerons aussi les gorges chaudes qu'ont faites nos voisins, lorsque le docteur Noir a été admis à expérimenter son traitement du cancer dans nos hôpitaux, et nous nous en consolerons facilement en songeant que, si M. Schweinnger avait été soumis à la même épreuve, il eût été comme lui mis à la porte avec tous les honneurs dus à son traitement spécial, au lieu de se pavaner aujourd'hui dans une chaire de professeur extraordinaire.

Je suis persuadé que M. de Bismarck, en résistant à toutes les sollicitations de l'Université de Berlin, n'a pas songé qu'il nous donnait une revanche, car, sans cela, il y a gros à parier que, sa guérison assurée, il eût sacrifié son masseur avec la même désinvolture que ses alliés, lorsqu'il a triomphé dans ses luttes parlementaires, militaires ou diplomatiques.

tions d'un de mes élèves qui consacre sa thèse inaugurale à ce sujet intéressant.

Le médicament exerce-t-il une action sur le système circulatoire, comme la quinine, par exemple ? La chose n'est pas probable, car les tracés sphygmographiques ne m'ont démontré que la disparition du dicrotisme du pouls, et celui-ci est certainement moins influencé que la température.

Agit-il sur les centres thermogènes ? La chose est possible, probable même, quoique cette explication ne dise absolument rien, et ne fasse que reculer les limites de la question.

L'antipyrine est-elle un de ces médicaments indirectement antipyrétiques, qui n'agissent sur la température qu'en s'attaquant à l'élément infectieux des maladies ? Je ne le crois pas, à moins d'admettre l'existence d'une panacée antimicrobienne, qui agirait aussi bien contre le bacille de la tuberculose que contre le microbe de la pneumonie ou de la fièvre typhoïde. Et du reste, l'action manifeste du médicament contre des affections simplement fébriles, comme une pleurésie *a frigore*, un phlegmon des parois abdominales, etc., démontre formellement que cette substance agit surtout à titre d'antithermique.

A ce dernier point de vue encore, on pourrait se demander si l'action de l'antipyrine ne doit pas être rapprochée de celle qui a été attribuée aux composés salicyliques et à la quinine par Binz. L'antipyrine agirait ainsi sur les éléments cellulaires eux-mêmes, et elle aurait une action ralentissante sur le processus d'oxydation, comme tendrait à le prouver la diminution des déchets organiques et de l'urée que nous avons constatée consécutivement à l'administration de la substance antipyrétique.

Cette question de l'action physiologique du médicament reste encore en suspens; mais il y en avait une que nous avons voulu résoudre immédiatement, dans l'intérêt même des malades : il y a des antipyrétiques qui n'abaissent la température qu'à la condition de provoquer des troubles ou des modifications globulaires, parfois graves, par suite du changement de l'hémoglobine oxygénée en méthémoglobine. En un mot, il fallait savoir si l'antipyrine est toxique pour le sang (1). Or, les examens spectroscopiques

(1) Il est, jusqu'à ce jour, extrêmement difficile de se procurer ce médicament. La provision que nous avions est malheureusement épuisée, et nous en attendons une autre pour nous livrer à d'autres expériences sur la fièvre typhoïde.

---

*
* *

Si M. Schweinnger veut un jour publier ses leçons cliniques, je lui recommande l'emploi d'une nouvelle machine, inventée en Amérique par un de ses compatriotes, M. Feister. C'est une machine rotative qui imprime, dans son heure, 6,000 feuilles, les plie, les rassemble pour en faire un volume, les coud et les entoure d'une couverture.

On a essayé l'autre jour l'impression d'un almanach de 36 pages. Les feuilles étaient à peine entrées d'un côté de la presse, que de l'autre côté sortait un exemplaire complet, relié, broché, découpé, etc. Ce n'est pas trop d'une pareille machine pour publier les œuvres d'un pareil savant.

*
* *

Je soupçonne fort le mécanicien d'Amérique de s'être inspiré d'une machine analogue, que tout le monde a pu voir fonctionner à l'Exposition universelle de 1867. On mettait d'un côté un lapin vivant dans la machine en mouvement; le lapin était divisé en deux parties, et immédiatement de l'autre côté de la machine sortait d'une porte une gibelotte appétissante, et de l'autre un chapeau tout neuf. Dieu ! quels plagiaires, que ces Allemands !

*
* *

L'époque d'ailleurs est celle des inventions curieuses, et dans le nombre il en est beaucoup qui ne valent pas mieux que les précédentes. Je ne puis, en effet, m'empêcher de considérer comme légèrement... suspectes les affirmations du docteur Carter Moffat, ex-prosecteur du collège des chirurgiens à Edimbourg, qui prétend augmenter le volume de la voix humaine et en éclaircir le timbre avec de l'*air italien artificiel*.

Le raisonnement de cet aimable charlatan est simple autant que logique : « Le climat

que nous avons pu constater, grâce à l'obligeance de notre ami Hénocque, nous ont démontré qu'aucun danger n'existait de ce côté, et qu'il n'y a, aussi bien chez l'homme soumis à la médication antipyrique que sur les animaux intoxiqués par le médicament, ni méthémoglobine, ni altération notable des globules, tant que l'animal n'est pas arrivé à la période asphyxique (1).

Il nous a paru intéressant de connaître les réactions chimiques de l'antipyrine, et voici la note que M. Patein, le savant pharmacien en chef de l'hôpital Bichat, a bien voulu nous remettre à ce sujet :

CARACTÈRES DE L'ANTIPYRINE VIS-A-VIS DES PRINCIPAUX RÉACTIFS D'ALCALOÏDES :

Tannin	Précipité blanc grisâtre, abondant.
Iodure ioduré de potassium............	*Précipité rougeâtre très abondant, extrêmement sensible.*
Iodure double de mercure et de potassium	Léger précipité.
Chlorure de platine	Précipité jaune.
Acide picrique.........................	Précipité jaune.
Chlorure mercurique..................	Précipité blanc, sans réduction.
Chlorure d'or..........................	Précipité jaune très abondant.
Nitrate mercurique	Coloration rose à chaud.

(1) On a prétendu à tort que l'antipyrine est un remède secret. Or, il résulte d'une lettre que nous recevons de M. Filehne (d'Erlangen) que la constitution chimique et la manière de sa production ont été publiées (*Berichte der deutsch. chem. Geselschaft, Jahr XVII, Heft 13, 1884*). L'antipyrine est, d'après lui, une *dimethyl-oxy-chinizine.* Nous nous attendions à cette affirmation de la part du savant médecin d'Erlangen, à qui la science est redevable de tant de travaux importants et que nous tenons, pour notre part, en si grande estime.

L'antipyrine a été obtenue au moyen de la diméthyloxyquinizine, laquelle se prépare en chauffant la méthyloxyquinizine avec la phénylhydrazine. La méthyloxyquinizine a pour formule brute : $C^{10}H^{10}Az^{2}O$; elle se prépare en faisant réagir l'éther acétylacétique sur la phénylhydrazine, puis portant à 100° — L'antipyrine, chauffée avec l'iodure de méthyle et l'alcool méthylique, donne un produit diméthylé, la *diantipyrine,* qui diffère de l'antipyrine par sa moindre solubilité. (Voir le *Moniteur scientifique* du docteur Quesneville, 1884.)

---

italien, dit-il, produit les plus belles voix du monde. Pourquoi ? Parce que l'air de ce pays contient une proportion considérable d'ammoniaque et de peroxyde d'hydrogène. Produisons une atmosphère artificielle identique en composition à l'atmosphère d'Italie et faisons respirer cette mixture aux larynx délicats... » Le plaisant de l'aventure est qu'on cite par leurs noms des artistes lyriques — Mme Marie Roze, lady Macfarren, miss Carlingfort — qui se seraient déclarées émerveillées des effets de l'*ammoniaphone !* Mais sans doute M. Moffat, qui parcourt l'Angleterre avec son air italieu en bouteille, passera le détroit et nous permettra de juger nous-mêmes des incroyables effets de sa découverte.

Comme tout s'est perfectionné depuis le temps où l'on se contentait, pour traiter l'extinction de voix chez les chanteurs, de leur faire prendre des bains de son !

***

Je vous ai déjà raconté, chers lecteurs, quelques anecdotes pour vous montrer les effets désastreux de la peur sur les âmes vulgaires, en temps de choléra. Permettez-moi de vous servir encore la suivante :

Dans une petite ville d'Italie, nommée Reggio, où la superstition peut espérer encore de beaux jours, un quidam facétieux, mais cruel, avait imaginé de placer sur le seuil d'une maison deux œufs : un blanc et un noir. L'opération faite, le mauvais plaisant réveille les habitants de la maison :

— Holà ! fait-il en frappant à la porte.

Les braves gens ouvrent.

— Voyez-vous, dit l'homme en indiquant les œufs placés à la porte, vous avez le choléra dans votre maison. Ces deux œufs sont des œufs de choléra.

Tout le village est épouvanté. Le Conseil municipal s'assemble et délibère. On établit

Alcalis	Ne donnent rien, même avec le concours de la chaleur.
Acide sulfurique	Rien.
Acide chlorhydrique	Coloration légèrement jaunâtre, à chaud.
Acide azotique concentré	Rien à froid. A l'ébullition, il se produit une coloration rouge cerise très marquée, disparaissant par les réducteurs, tels que le chlorure stanneux et l'acide oxalique, devenant jaune par l'ammoniaque.
Hypoazotide	Coloration verte.
Perchlorure de fer	*Coloration rouge,* vin de Porto, *très caractéristique.* Cette réaction est extrêmement sensible, ainsi que celles obtenues avec les réactifs généraux des alcaloïdes (1).

CONCLUSIONS

1° L'antipyrine constitue un moyen puissant et sûr d'abaisser la température dans presque toutes les maladies fébriles (fièvre typhoïde, phthisie pulmonaire, pneumonie, pleurésie, rhumatisme articulaire aigu et rhumatisme cérébral, angiocholite, érysipèle, diphthérie, fièvre puerpérale, scarlatine, abcès, phlegmons, etc.

Elle atténue les symptômes qui sont sous la dépendance de l'élévation thermique (accélération du pouls et de la respiration, sécheresse de la bouche, etc.); mais elle ne paraît pas avoir d'action *directe* sur la respiration et la circulation.

2° L'antipyrine est un antipyrétique, et non un antipériodique, d'où son inefficacité dans les fièvres intermittentes, pour *prévenir* les accès.

3° Son administration n'expose qu'à des accidents *légers* et *inconstants* (sueurs légères, constriction pharyngée, quelques nausées ou vomissements parfois, et dans quelques cas relativement rares, production d'exanthèmes

(1) Le peu de matière dont nous disposions n'a pu nous permettre que ces premiers essais que nous avons l'intention de faire plus tard d'une façon plus complète. Du reste, ils confirment déjà la plupart des résultats obtenus par le docteur Maragliano (de Gênes).

un cordon sanitaire de carabiniers autour de la maison. Après avoir mûrement réfléchi, le Conseil municipal adopte la délibération suivante :

« Un filet sera attaché au bout d'une longue perche; les deux œufs seront cueillis délicatement et enterrés sur-le-champ au cimetière communal dans la chaux vive. »

Ce qui fut fait avec toutes les précautions imaginables.

Les autorités ayant procédé aux obsèques des deux œufs de choléra, les habitants du village rentrèrent et respirèrent tout à leur aise, parfaitement convaincus qu'ils venaient d'échapper au danger le plus imminent.

*
* *

Le choléra, malheureusement, ne fait pas toujours rire.

Il y a six semaines à peine, le professeur Fonssagrives, dont la science déplore aujourd'hui la perte, écrivait à la *Gazette hebdomadaire* (24 octobre) pour protester contre les bruits de journaux qui le donnaient comme converti à la doctrine homœopathique, la seule qui ait permis de traiter efficacement l'épidémie actuelle. M. Fonssagrives, retiré depuis six ans au fond de la Bretagne, au château de Kergunnionez, près Auray, n'avait pas vu encore un seul cas de choléra. Par un singulier concours de circonstances, il y eut dans les environs d'Auray quelques cholériques, venus probablement de Nantes. M. Fonssagrives fut atteint de l'épidémie et mourut trois jours après.

Si messieurs les homœopathes conservaient encore quelques illusions sur les sentiments de M. Fonssagrives à leur égard et sur l'efficacité de leur traitement, cette mort cruelle suffirait pour les leur enlever, car, ou M. Fonssagrives n'a pas employé ce traitement, et alors il n'était pas des leurs; ou il l'a employé, et alors ledit traitement ne valait rien. Sortez de là si vous pouvez. SIMPLISSIME.

rubéoliformes ou scarlatiniformes. Pas de tendance au collapsus, pas d'ivresse comme après l'administration des préparations quiniques ou salicyliques.

4° Des observations nombreuses démontrent que l'antipyrine constitue le moyen le plus puissant, et jusqu'ici le *seul moyen connu d'abaisser efficacement la température des tuberculeux.*

A la dose de 2 grammes, administrés plus particulièrement le soir, au moment de la fièvre, la température baisse d'un demi-degré après une demi-heure, quelquefois après un quart d'heure, puis elle diminue progressivement jusqu'à la normale en une heure et demie ou deux heures. Il est cependant quelquefois nécessaire de prescrire une ou deux heures après, une nouvelle dose d'un gramme ou deux grammes. Mais, chez les phthisiques, l'antipyrine, en raison de la sûreté de son action et dans le but d'éviter les accidents provoqués par l'hypothermie, doit être administrée à *doses faibles et croissantes* (2 à 4 grammes).

5° L'effet antithermique se maintient, chez ces malades, ordinairement pendant six à neuf heures et se fait sentir parfois les jours suivants pendant lesquels la température n'atteint pas son chiffre primitif. L'ascension secondaire de la température se fait progressivement, suivant en cela la marche de la défervescence; elle n'est pas brusque comme pour la kaïrine et ne s'accompagne jamais, comme pour cette dernière substance, d'un frisson plus ou moins prolongé.

6° L'antipyrine s'élimine par les urines où l'on reconnaît sa présence de deux à quatre heures après son administration pendant une durée qui varie de 36 à 48 heures. Quelques gouttes de perchlorure de fer versées dans l'urine des malades soumis à ce médicament font immédiatement naître une coloration rouge très caractéristique.

7° Nous n'avons pas encore employé l'antipyrine dans la fièvre typhoïde. Mais d'après les auteurs étrangers (Filehne, Guttmann, Gerhardt, May, Alexander, Kussmaul et Cahn, Ernst, Masius et Snyers, etc.), il est nécessaire d'arriver aux doses de 5 à 6 gram. par jour (2 grammes à une heure de distance, et 1 ou 2 grammes à la troisième heure). Sous l'influence de ces doses, l'abaissement de la température est, dès la première heure, au minimum de 0°,4, et au maximum de 2°, il continue dans les mêmes proportions jusqu'à la septième ou huitième heure. Souvent, à la cinquième ou sixième heure, la température remonte de 1° environ pendant une heure, pour reprendre ensuite sa marche régulièrement descendante (P. Snyers, de Liège).

Cette légère ascension de la température pendant l'apyrexie, a été notée également par nous pendant l'action de l'antipyrine sur la fièvre des phthisiques.

8° Dans la fièvre typhoïde, les doses de 6 à 8 grammes indiquées par les auteurs, nous paraissent exagérées, puisqu'elles aboutissent à l'hypothermie, comme il résulte des observations de P. Snyers (1) qui, 7 ou 8 heures après l'administration du médicament, a vu 9 fois la température inférieure à 36°, 10 fois au-dessous de 35°, 4 fois au-dessous de 34°, 1 fois à 33°.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 1er décembre 1884. — Présidence de M. ROLLAND.

M. LEROY demande que l'Académie désigne une commission qui assisterait à des expériences qu'il se propose de faire sur la navigation dans l'air. M. le président fait obser-

(1) P. Snyers (de Liège). — Clinique de Masius. (*Annales de la Soc. méd.-chir. de Liège*, n° 10, octobre 1884, page 383.)

ver qu'il existe pour ces questions une commission permanente; c'est à elle que la lettre de M. Leroy sera renvoyée.

Pour M. Vulpian, indisposé, M. le Secrétaire perpétuel dépose sur le bureau la relation des expériences de M. Grasset (de Montpellier), concernant la cocaïne.

M. le vice-amiral Jurrien de la Gravière fait hommage à l'Académie de deux volumes intitulés : « De la marine des Ptolémées et des Romains. »

M. Jurrien met sous les yeux de ses confrères un tableau contenant un grand nombre d'épreuves photographiques représentant des étincelles électriques, reproduites par les soins de M. Ducretet.

M. Bouley dépose sur le bureau, de la part de M. Robin, une note de M. Onimus relative à l'action de l'ozone sur le choléra.

Le savant académicien rappelle ensuite la note statistique du choléra dans les hôpitaux de Paris, que M. Emile Rivière a remise dans la précédente séance, et que voici :

C'est le mardi 4 novembre 1884 que le premier cas de choléra, suivi de décès, a été signalé à Paris.

Ce premier décès a été constaté immédiatement par M. le préfet de police accompagné de M. le docteur Dujardin-Beaumetz. C'est celui d'un garçon de lavoir de la rue Saint-Antoine.

Le lendemain, 5 novembre, les premiers cholériques entraient dans les hôpitaux de Paris.

Ce jour-là, 6 malades y ont été admis, 5 hommes et 1 femme. Sur ces 6 premiers cas, 4 appartenaient au XI[e] arrondissement et 3 d'entre eux à la rue Sainte-Marguerite, qui allait devenir le foyer le plus sérieux de l'épidémie, et 2 à la même maison (n° 11). Ces deux cholériques exerçaient la profession de chiffonnier. Quant aux 2 autres cas, ils provenaient : l'un du XII[e] arrondissement et l'autre du XIII[e]. Ce dernier est celui d'une aliénée de la Salpêtrière, et c'est dans l'intérieur même de cet établissement qu'il s'est développé.

Sur ces 6 premiers cas, 5 ont été suivis de mort; ces décès ont eu lieu le lendemain, 6 novembre.

Le sixième s'est terminé par la guérison.

1° Le nombre des cas de choléra *admis* dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, a été, du 5 au 23 novembre au matin, de 912, dont 553 hommes et 359 femmes. Le nombre des cas déclarés *à l'intérieur* de ces établissements a été de 59, dont 26 hommes et 33 femmes; 18 d'entre eux appartiennent au personnel hospitalier. Le chiffre total des cholériques traités dans les hôpitaux civils jusqu'au 23 novembre a donc été de 971, dont 579 hommes et 392 femmes.

2° Sur ces 971 cas, la mortalité a été de 511 décès, soit 302 hommes et 209 femmes. Les guérisons définitives ont été jusqu'à présent de 239, dont 129 hommes et 110 femmes.

3° Il restait donc le 23 novembre 1884, en traitement dans les divers hôpitaux et hospices civils de Paris, 221 cholériques, dont 147 hommes et 74 femmes.

4° Le fléau a frappé de préférence les hommes de 26 à 60 ans, et surtout ceux de 31 à 50; les femmes de 21 à 60 ans et surtout celles de 21 à 40. Passé l'âge de 60 ans, le nombre des cholériques est relativement restreint. Les enfants n'ont été que très peu touchés.

5° Le sexe masculin a été beaucoup plus éprouvé que le sexe féminin ; la proportion est de 60,64 hommes et 39,36 femmes sur 100 malades entrés; elle est, au contraire, de 44,07 hommes seulement et 55,93 femmes sur 100 cas *déclarés* à l'intérieur des hôpitaux. Enfin, relativement au chiffre de la population parisienne recensée en 1881 (2,239,928 habitants), de 4,379 cas sur 10,000 habitants.

6° Les professions de journalier, puis celle de domestique, ont été les plus décimées. Nous trouvons ensuite, mais à une grande distance de celles-ci, les professions de blanchisseur, cordonnier, couturière, chiffonnier, etc., etc.

7° Les arrondissements les plus frappés ont été : le XI[e] avec 161 cas, puis le XIX[e], le V[e] et le XII[e]. Les moins atteints sont : le XVI[e] avec 5 cas, et le VIII[e], 8 cas.

8° Jusqu'à présent, le *nombre des décès*, comparé à celui des cholériques entrés ou déclarés dans les hôpitaux, nous donne la proportion relativement minime, eu égard aux précédentes épidémies, de 52,62 pour 100. Cependant ce n'est là qu'un chiffre provisoire, puisque certains des cholériques actuellement en traitement succomberont probablement au mal. Néanmoins, nos chiffres proportionnels ne sauraient en être sérieusement modifiés. Quoi qu'il en soit, la mortalité a été relativement plus grande pour les

femmes que pour les hommes. Les chiffres sont de 52,33 hommes et de 53,31 femmes, sur 100 cas.

En résumé, nos relevés quotidiens nous montrent :

A. Que l'épidémie a suivi une courbe très rapidement ascendante du 5 novembre, jour de l'entrée des 6 premiers cas dans les hôpitaux, au 11 novembre, où le chiffre des malades a été de 132;

B. Que le choléra, au contraire, a suivi une courbe descendante depuis le 12 novembre jusqu'au 23 du même mois;

C. Que le chiffre des décès a progressé jusqu'au 12 novembre, où il s'est élevé à 60, chiffre maximum d'une seule journée, pour descendre peu à peu, chaque jour, jusqu'à aujourd'hui, où il est seulement de 8;

D. Que les premiers cholériques guéris définitivement ont quitté l'hôpital le 8 novembre 1884, et que ces sorties se sont accentuées à partir du 14.

De tous ces chiffres, nous croyons pouvoir conclure :

1° Que l'épidémie cholérique qui a éclaté à Paris le 4 novembre 1884 n'a eu ni l'intensité ni la gravité que redoutait la population parisienne, mais qu'elle décroît maintenant de plus en plus chaque jour;

2° Que les conditions atmosphériques actuelles donnent tout lieu d'espérer que l'épidémie s'éteindra sur place, dans un délai que nul ne saurait préciser, mais qu'on peut entrevoir comme prochain, sans avoir pour cela la prétention de soutenir qu'à un moment donné une recrudescence ne puisse pas avoir lieu soit à la suite de quelque modification dans la température, soit aux approches du printemps;

3° Que les malades atteints ont été, pour la plupart, ou des gens affaiblis par des maladies chroniques antérieures, ou des individus épuisés par des excès divers, ou bien encore des malheureux plongés dans la misère physique et physiologique la plus profonde, et vivant dans des milieux sordides.

M. Bouley complète cette note par les détails suivants, que lui a fait parvenir M. Rivière : dans ces derniers huit jours, il y a eu 66 cas nouveaux; les guérisons ont été plus nombreuses; on n'a enregistré que 2 ou 3 morts par jour. — En réponse à une question posée par M. Fremy, M. Rivière ajoute que pas un seul vidangeur n'a été atteint, et qu'il n'y a eu que 2 égoutiers malades.

M. Bertrand fait observer que le chiffre de 2 égoutiers est peut-être, pour cette profession, proportionnel au chiffre des malades de toute la population, lequel dépasse 2 millions.

M. Boussingault rappelle que, lors de l'épidémie de 1832, pas un seul vidangeur n'a été atteint. S'il n'y a pas là d'erreur, il faut convenir que ce fait dérange furieusement l'opinion commune de la transmission du choléra par les fosses d'aisance. Cette opinion paraissait avoir été mise hors de doute par le remarquable mémoire de feu le docteur Ch. Pellarin sur l'épidémie de Givet, en 1849, et par toutes les observations sérieuses qui avaient été faites depuis cette époque.

Y a-t-il là des conditions, encore inconnues, de temps, de moments où se fait la transmission? Il semble difficile d'admettre que pas un vidangeur ne se soit trouvé dans un de ces moments opportuns. — M. L.

COURRIER

Mutations dans les hôpitaux. — Par la retraite de M. Gosselin, la nomination de M. le professeur Trélat à la chaire de clinique de la Charité et celle de M. le professeur Le Fort à la chaire de clinique de l'hôpital Necker, M. Tillaux devient chirurgien de l'Hôtel-Dieu, M. Duplay prendra le service de Beaujon, et M. Horteloup celui de Lariboisière.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

De l'embolie graisseuse.

(Extrait et traduit de Rowel Park A. M. M. D.) (1),

Par le docteur Lucien Deniau,

L'embolie graisseuse est l'oblitération des artérioles par des gouttes microscopiques de graisse qui, provenant des organes et emportées dans le courant de la circulation veineuse, passent dans le cœur droit, puis de là sont projetées dans les capillaires du poumon.

Mais, si cet embolisme, en raison des dispositions du système circulatoire, se rencontre surtout dans le champ de la petite circulation, où il est plus connu et mieux étudié, il n'en est pas moins vrai que ce processus peut, dans certaines conditions données, se produire dans le champ de la grande circulation et dans des régions très diverses, l'encéphale, la choroïde, les reins, etc., à condition que la *vis a tergo* soit suffisante pour permettre aux particules graisseuses de forcer la perméabilité des capillaires pulmonaires et de se rendre dans le système de la grande circulation.

I

L'embolisme graisseux est de date récente. La première mention qui en ait été faite date de 1860, époque à laquelle Müller, trouvant les vaisseaux de la choroïde remplis de particules graisseuses, les supposa venues de l'aorte devenue athéromateuse.

Deux ans plus tard, Zenker (2), dans un cas de traumatisme, trouva les capillaires du poumon remplis de ces mêmes particules, tandis que E. Wagner (3), de son côté, constatant l'obturation des vaisseaux pulmonaires par des bouchons de matières grasses liquides, et se fondant sur la direction que ces embolies affectaient, chercha à les expliquer par la pyohémie qui existait chez son malade, opinion dont la fausseté est aujourd'hui généralement reconnue. Ces substances grasses provenaient, pensait-on, de quelque métamorphose du pus et étaient, d'une manière ou de l'autre, en connexion avec la présence d'abcès métastatiques coexistants.

En 1864, Flournoy (4) rapportait le cas suivant : « Un homme reçoit un coup de pied de cheval dans le tibia, qui se fracture transversalement. Le lendemain de l'accident, le malade se plaint d'une grande faiblesse qui bientôt dégénère en coma, moins de trente-six heures après le coup de pied.

Recklinghausen, qui fit l'autopsie, trouva de petites ecchymoses dans l'encéphale, le cœur, la peau, la vessie, la conjonctive et la rétine; au-dessus et au-dessous du trait de fracture, à plus de 2 centimètres, la moelle osseuse était infiltrée de sang, un caillot s'interposait entre les fragments et les poumons étaient très œdématiés. L'examen microscopique révéla la présence de la graisse dans les artérioles, les capillaires et les veines de presque tous les organes, surtout des poumons, dont le système capillaire devait être devenu presque complètement imperméable.

Stimulés par ces découvertes, Wagner et Busch firent des investigations plus complètes dans ce nouveau champ offert à leur observation, et, en 1865, Wagner (5) publia un travail composé de 45 observations d'embolies graisseuses dont 15 se rapportaient à des cas de mort presque subite ou très rapide à la suite de traumatismes. Grâce aux recherches de Busch, injectant du cinabre dans la moelle d'os fracturés (6), le sujet

(1) *New-York medical Journal*, 16 août 1884.

(2) Zenker : *Beitræge z. nom. und patho. Anat. die Lünge*, 1862.

(3) *Die capillarembolie mit flüssigem Fett eine Ursache der Pyæmie*, Wagner. (*Arch. d. Heilkunde*, 1862. Band 3, Heft 3.)

(4) Flournoy : *De l'embolie graisseuse*. (Thèse de Strasbourg, 1878.)

(5) Wagner : *Die Fettembolie der Lüngen capillæren*. (*Arch. d. Heilk.*, 1865, p. 146, 369, 481.

(6) Busch : *Ueber Fettembolie*. (*Virchow's Archiv.*, 1866, p. 321.)

commença à sortir de l'obscurité où il était resté jusqu'ici. Busch avait rassemblé 43 cas variés d'embolie graisseuse, dont 24 par suite de fractures, 3 de périostite aiguë et d'ostéomyélite aiguë, 7 d'endométrite et de métrophlébite, 4 de suppurations de parties molles et le reste de cas divers, comme d'ulcères de jambe, etc.

Enfin Bergmann, en pratiquant des injections intra-veineuses d'huile, établit clairement que l'embolie graisseuse des poumons et le processus pyohémique sont deux choses de nature absolument différente, bien que ces deux accidents puissent se produire et se rencontrer simultanément chez le même sujet, dans certains cas (1).

Les travaux de O. Webber, d'Uffelmann, de Schwick, de Buttlensi et de Niederstadt contribuèrent à éclairer la question. Enfin, depuis 1869, les observations se sont multipliées au point que les cas d'embolies graisseuses ont cessé d'être considérés comme une rareté pathologique.

Toutefois, au point de vue de la fréquence réelle de cet accident, il est assez difficile de se former une idée exacte, car il doit se produire à un degré variable dans bon nombre de cas de fractures compliquées, avec dilacérations étendues des parties molles. Sur ce point, beaucoup d'observations s'accordent à reconnaître la fréquence avec laquelle se produit l'embolie graisseuse des poumons dans les cas de fractures multiples et compliquées de larges plaies.

Bien plus, les symptômes de l'embolie graisseuse ressemblent si étroitement et viennent si souvent compliquer les symptômes considérés comme constituant le *choc nerveux* traumatique, que Czerny émet l'opinion que beaucoup de ces cas de mort attribués à ce choc nerveux sont en réalité le résultat de l'embolisme graisseux.

Dans leurs études entreprises en collaboration à Strasbourg, Flournoy et V. Reklinghausen ont montré qu'il était possible de découvrir la présence de l'embolie graisseuse à des degrés divers sur 10 pour 100 des sujets ayant servi à leurs observations, et constituant un total de 260 malades frappés d'affections très différentes.

En 1879, Sinclair (2) a pu réunir 140 observations d'affections chirurgicales où l'on avait relevé les symptômes propres à l'embolie graisseuse avec une mortalité de 13 pour 100. — Sur ces 140 observations, il y en avait 84 relatives à des cas de fractures et ayant fourni une mortalité de 16 morts.

II

Par ordre de fréquence, les causes qui peuvent donner lieu à l'embolie graisseuse se classent comme suit :

1° Toutes les lésions des os, de quelque nature qu'elles soient et spécialement les fractures simples ou compliquées;

9° Les dilacérations des parties molles et surtout des tissus adipeux;

3° Les traumatismes opératoires;

4° La périostite et l'ostéomyélite;

5° Les ruptures du foie atteint de dégénérescence graisseuse;

6° Certaines conditions pathologiques, telles que: dégénérescence graisseuse de thrombus veineux, ictères graves, diabète.

Vogt a particulièrement appelé l'attention sur les dangers de l'embolie graisseuse à la suite des résections osseuses. Il rapporte, en détail, une observation personnelle (3) et rappelle celle de Lücke (4). Dans l'observation de Vogt, il s'agit d'une résection pratiquée sur le genou, la substance du fémur étant en pleine dégénérescence graisseuse. Vogt en conclut que, dans les résections osseuses et surtout dans les résections articulaires, si on trouve, comme dans le cas de ce genou, l'os dans un certain état de dégénérescence graisseuse et que l'on se propose d'amener les deux fragments en contact intime, il est absolument nécessaire d'établir un drainage soigneux et complet de part

(1) E. Wagner : *Die Fettembolie der Lungen capillaren.* (*Archiv. d. Heilk.*, 1865, p. 146, 369, 481.) — F. Busch : *Ueber Fettembolie* (*Wirchow. Archiv.*, 1866, p. 321). — Bergmann : *Zur Lehre von der Fettembolie.* (Dorpat, 1863.) — A. Uffelmann : *Embolie der Lungen capillaren mit flussigem Fett.* (*Zeitschft. für rat. med.*, 1865, Bl. 23, p. 217.) — A. Schwick : *De Embolia adipe liquido effecta.* (Dissertat. Bonn, 1864.) — R. Buttlewsi : *De Embolia adiposa.* (Regiomonte P. R., 1866.) — C. Niederstadt : *Embolie der Lungen capillaren mit flüssigem Fett bei osteomyelitis.* (Gœttingen, 1869.)

(2) Sinclair, « *Ueber Fettembolie* » *Correspondenzblatt für Schur Aerzte,* 1879, vol. XI, p. 161, et Saint-Pétersbourg *Med. Wochencft,* 1879, 23 nov.

(3) *Centralblatt für Chirurgie*, 1883, n° 24.

(4) *Centralblatt für Chirurgie*, 1879, n° 44.

et d'autre ; si cette condition est impossible à réaliser, il vaut mieux procéder à l'amputation.

Pour mettre en évidence l'existence de l'embolie graisseuse, il suffit de détacher avec la pince et les ciseaux un fragment de poumon embolisé, et de l'examiner sous l'eau en faisant les coupes nécessaires pour apercevoir le réseau vasculaire, on voit alors des capillaires, des vaisseaux fins et même des vaisseaux d'un calibre moyen remplis de substances grasses fortement réfringentes (1).

L'œil nu suffit souvent pour découvrir ces embolies graisseuses, surtout si on examine celles qui siègent dans les parties déclives, dans les lobes inférieurs du poumon. — On a ainsi pu voir des gouttelettes de graisse dans l'intérieur de caillots siégeant dans les artères pulmonaires et dans le cœur droit, et même aussi dans les veines pulmonaires issues de la région intéressée du poumon. Les organes les plus affectés présentent souvent des ecchymoses; celles-ci sont fréquemment aussi en rapports étroits avec les infarctus graisseux. On dirait que le sang, ne pouvant circuler à travers ses canaux naturels, a rompu les tissus environnants pour s'épancher au dehors.

Si on porte des coupes de tissu thrombosé pris dans les poumons, par exemple, sous l'objectif d'un microscope peu puissant, le réticulum des capillaires, qui dans ces conditions devrait rester invisible, apparaît, au contraire, très clairement visible et se montre plus ou moins distendu par des gouttelettes de graisse ou des cellules graisseuses. Tous les tissus, de quelque nature qu'ils soient, peuvent présenter cette caractéristique, s'ils sont le siège de l'embolie graisseuse. Seulement, il peut être nécessaire de ne pratiquer les coupes qu'après avoir au préalable fait durcir la pièce à examiner dans l'alcool ou quelque autre substance semblable.

Une solution à 1 pour 100 d'acide osmique a l'avantage à la fois de durcir les tissus et de colorer la substance grasse en noir. Si donc on s'adresse à ce réactif, les vaisseaux embolisés apparaîtront sur la préparation comme injectés avec une substance noire. Ce mode de démonstration est des plus intéressants et des plus convaincants ; on peut le compléter en plaçant ensuite la coupe ainsi colorée dans l'éther qui, en dissolvant la graisse, fera tout disparaître.

Bon nombre d'observateurs ont noté, après des opérations ou des fractures compliquées, l'apparition de gouttelettes huileuses flottant au-dessus du sang fluide ou à demi-coagulé; ce fait a conduit à supposer que la graisse ne pouvait trouver accès jusque dans les vaisseaux du poumon qu'après avoir été entraînée dans le courant du sang veineux, mais il a été démontré dernièrement que ces substances grasses pouvaient très bien aussi être absorbées à la surface des séreuses, et que les accidents de l'embolie graisseuse apparaissaient tout aussi bien, lorsqu'une certaine proportion de substances grasses liquides non saponifiées venait à être déversée par le canal thoracique dans le cœur droit. Toutefois, ces accidents sont d'ordinaires moins rapides et moins désastreux (2). Il est probable qu'en pareil cas les glandes lymphatiques retiennent une certaine proportion de ces matières grasses au passage.

Scriba, après un grand nombre d'expériences difficiles, a pu établir en fait que la sévérité des symptômes de l'embolie graisseuse était en rapport direct avec la quantité de substance grasse introduite dans la circulation, avec la rapidité avec laquelle cette introduction a lieu et avec le voisinage du lieu d'introduction par rapport à l'organe central de la circulation. La violence de ces accidents serait dans quelques cas égale à celle des symptômes de la pénétration de l'air dans les veines (3).

L'importance du rôle que joue la *vis a tergo* dans la genèse de l'embolie graisseuse a été bien mise en lumière par Déjérine, qui trouva que les embolies se faisaient en bien plus grand nombre, quand on introduisait un fragment de laminaria dans le canal médullaire de l'animal en expérience, c'est-à-dire quand on augmentait la tension du sang (4). L'embolie graisseuse est rare chez les enfants, on suppose que cela tient à la petite quantité de cellules graisseuses contenues dans leur squelette.

La pénétration de ces particules liquides de graisse dans le courant sanguin n'entraîne pas par elle-même d'inflammation, d'infection purulente, de septicémie, mais la pos-

(1) Orth, *Path. Anatomisch Diagnostik*, Berlin 1878, 167.

(2) Wiener, « *Wesen und Schicksal der Fettembolie* », *Arch. f. exp. Path. und Pharmacolog.*, Leipsig, 1879, p. 275.

(3) Scriba : *Untersuchungen über die Fettembolie. Arch. für exp. Path. und Pharmakol.* Leipzig, 1879, p. 275.

(4) Déjérine : *Note sur deux cas d'embolie graisseuse. Bull. Soc. Anat. de Paris.* 1878, p. 473, et *Gaz. méd. de Paris*, 1870, p. 456.

sibilité de la pénétration de micro-organismes dans l'économie n'en existe pas moins pour cela.

Les conditions prédisposantes par excellence de l'embolisme graisseux sont évidemment : 1° des solutions de continuité dans les parois des vaisseaux sanguins ; 2° l'existence à proximité de masses de tissu adipeux fluide ; 3° un certain degré de pression, de *vis a tergo* ordinairement, déterminé par une extravasation de sang et qui force ces particules de graisse fluide à pénétrer à travers les solutions de continuité des vaisseaux.

Saundby et Barling ont rapporté neuf cas de traumatisme grave. Les malades ne survécurent que deux jours, et chez tous on trouva l'embolisme graisseux des poumons (1). Ces auteurs disent avoir constaté ces embolies dans un cas de diabète, le sang étant d'apparence laiteuse ; mais, les globules de graisse ayant été trouvés dans l'intérieur même des caillots des vaisseaux, il peut se faire que ces gouttelettes de graisse soient l'effet d'une modification *post mortem* et résultent de la réunion de plusieurs globules. On sait que chez certains diabétiques, chez tous même à la période de consomption le sang peut avoir une apparence laiteuse résultant de l'excessive proportion des matières grasses dans le sang. Au lieu de 1 gramme 60 p. 1000, la proportion peut s'élever à 3,64 (Simon) et même à 6,77 (Müller). Dans ces conditions, on observe dans le sang une profusion de fins globules de graisse. L'embolisme graisseux est-il dû dans ces cas à l'intervention de ces substances grasses déjà existantes ou bien à quelque autre source de globules huileux, c'est ce qu'on ne saurait dire. Dans les deux cas, la cause prochaine est très identique, seule la cause première pourrait différer.

Nous savons que, chez les diabétiques succombant dans le coma diabétique, on a trouvé des infarctus graisseux du poumon et du rein ; d'autre part, un diabétique peut mourir comateux en présentant dans le sang une quantité de particules graisseuses, sans qu'il soit possible de découvrir la moindre apparence d'embolie graisseuse proprement dite.

Quant aux globules graisseux qui arrivent à traverser les capillaires pulmonaires, les uns s'arrêtent dans le cerveau ou la moelle dont ils troublent les fonctions vitales en donnant lieu à des symptômes moteurs, sensitifs ou sensoriels ; les autres, et les plus nombreux, s'arrêtent dans le foie ou dans les glomérules de Malpighi pour être excrétés avec l'urine. Sur de fines sections du rein, convenablement préparées et colorées, on voit alors les vasa efferentia, les glomérules et les tubuli remplis de particules de graisse. Celles qui ne s'arrêtent pas, peuvent revenir, emportées par le courant de retour, constituer dans le poumon une embolie secondaire.

Lorsque l'embolie n'est pas rapidement fatale par elle-même, elle peut, comme le prouve nettement une observation de Riedel (2), provoquer par sa seule présence ou par l'intermédiaire de l'apoplexie de voisinage, une inflammation de l'organe intéressé.

Il est naturel de présumer que l'âge et l'alcoolisme du sujet sont susceptibles d'assombrir le pronostic de l'embolie graisseuse, étant donnés l'affaiblissement de l'action du cœur et la moindre force de résistance vitale que ces conditions entraînent. Il y a lieu de penser que bon nombre de pneumonies, dites hypostatiques, ne reconnaissent pas d'autre cause.

III

Les *symptômes* qui accompagnent la production de l'embolie graisseuse sont les suivants : une faiblesse et un malaise général s'accroissant rapidement s'emparent du malade, la face pâlit, l'anxiété et bientôt l'angoisse se peignent sur ses traits, les pupilles se contractent et la cyanose apparaît sur les joues, le front, etc. L'excitabilité réflexe diminue et disparaît graduellement. Les malades, d'abord plus ou moins agités et excités, tantôt pris d'un délire violent, tantôt en proie à un subdélire tranquille, deviennent somnolents et finalement tombent dans le coma. Dans quelques cas rares, des vomissements, des spasmes ou des paralysies peuvent précéder la mort. Les mouvements de la respiration augmentent graduellement du nombre normal à 50 et 60 inspirations à la minute ; la respiration est stertoreuse. Certains cas ont surtout pour caractéristique l'intensité de la dyspnée qui, augmentant progressivement, devient agonique. Dans les premiers stades, on peut observer le rhythme de Cheyne-Stokes. Une écume sanglante comme dans l'œdème pulmonaire vient quelquefois sourdre de la bouche. Il peut également se produire une hémoptysie au cours des symptômes.

(1) Saundby et Barling : *Journal of Anat. and Phys.*, 1881-82, vol. XVI, p. 515.
(2) Riedel : *Deutsche Zeitschft. für Chirurgie*, 1877, VIII, p. 572.

A l'auscultation, on entend de gros râles bronchiques qui finissent par se changer en râles trachéaux. Le pouls est faible, fréquent et irrégulier, agité et fuyant vers la fin. Pour la température, il n'existe pas de règle fixe ; souvent on la voit descendre dès le début au-dessous de la normale et y rester tout le temps ; dans d'autres cas, elle oscille autour de la normale, variant dans de larges limites d'une heure à l'autre. En un mot la courbe est atypique.

Peu des symptômes qui précèdent sont constants, aucun d'eux n'est pathognomonique. Toutefois, si à côté de ces symptômes on peut découvrir dans l'urine, flottant à sa surface, des globules huileux, le diagnostic de l'embolie graisseuse devient aisé. De même, l'existence évidente des symptômes précédents, jointe à la notion d'un traumatisme accidentel ou opératoire antécédent, permettra de poser presque à coup sûr le diagnostic d'embolie graisseuse. En général les accidents éclatent dans les trente-six ou quarante-huit heures qui suivent le traumatisme. Déjérine a rapporté une observation de mort survenant dans les sept heures qui suivirent l'accident.

Le *diagnostic*, comme nous l'avons dit, est fondé sur la coïncidence des symptômes avec une histoire de traumatisme, ainsi que sur les résultats négatifs d'un examen portant sur l'existence possible d'une lésion du système nerveux central ou d'une affection valvulaire.

L'urémie, l'albuminurie, le diabète, pourront être écartés par l'examen des urines ; au contraire, l'apparition de gouttelettes huileuses dans l'urine sera considérée comme un argument concluant en faveur de l'embolie graisseuse.

Celle-ci devra être différenciée de la septicémie aiguë et de la fièvre traumatique ou *choc*.— D'ordinaire, au moment où les accidents de l'embolisme graisseux arrivent à leur summum, les accidents de septicémie aiguë commencent à peine (1). Toutefois, des accidents légers d'embolie graisseuse peuvent très bien passer pour des accidents de septicémie. — Pour distinguer l'embolisme graisseux et la fièvre nerveuse traumatique ou *choc*, il faut rappeler que d'ordinaire les accidents qui ressortissent au premier n'atteignent leur summum qu'à une époque à laquelle la fièvre traumatisme et ses désordres ont déjà rétrocédé. Toutefois, étant données la similitude des deux espèces de complications et les variations qu'on peut observer d'un sujet à l'autre quant à l'époque du début, à la marche, à l'acuité et à la durée des symptômes, le diagnostic différentiel doit être considéré comme très délicat et souvent impossible en l'état actuel de nos connaissances.

Les thromboses des veines et les embolies d'autre nature peuvent amener très rapidemeni la mort; mais ici le point de diagnostic réside en ceci, que l'embolisme graisseux tue moins rapidement, moins subitement que les embolies précitées. Sachant que les fractures des os s'accompagnent souvent d'un léger degré d'embolisme graisseux, chez les adultes on devra être préparé à comprendre la signification et l'importance pronostique de l'apparition de signes d'agitation, d'excitation, de troubles circulatoires et respiratoires. Toutefois ces troubles, restant légers, n'entraînent aucune augmentation dans la sévérité du pronostic. S'il s'agit non plus d'une fracture simple, mais d'une fracture compliquée de déchirures et de dilacérations graves des parties molles, et si les symptômes d'embolisme s'accentuent, on ne saurait s'abstenir de porter un pronostic des plus sévères. Si le cœur se contracte bien ou si on peut espérer arriver à augmenter assez son énergie pour permettre au sang chargé de particules graisseuses de forcer la perméabilité des capillaires pulmonaires, alors les dangers imminents sont momentanément écartés jusqu'à ce que l'embolie graisseuse vienne obstruer des vaisseaux encéphaliques ou autres en nombre suffisant.

La *durée* des symptômes peut varier grandement. L'obstruction des vaisseaux encéphaliques est-elle rapide, la mort survient bientôt, plus tôt que si l'obstruction porte sur des vaisseaux pulmonaires. Dans le premier cas, il suffit de deux à six heures pour voir une terminaison fatale survenir; dans le second, la vie peut se prolonger pendant six à quarante heures après le début des accidents.

Le *traitement* doit évidemment se proposer d'augmenter l'énergie de la contractilité du cœur pour permettre aux embolies d'arriver à travers la circulation pulmonaire jusque dans le système de la grande circulation, où ces substances grasses pourront probablement être émulsionnées ou saponifiées par les alcalis du sang rouge. On fera appel aux stimulants : alcool, digitale, strychnine, — à l'éther pris par la bouche ou ad-

(1) Si on admet avec certain auteur que fièvre traumatique aiguë et septicémie aiguë sont deux choses différentes, la fièvre traumatique débutant immédiatement, le traumatisme et la septicémie seulement du quatrième au septième jour et même plus tard.

ministré en injections sous-cutanées. Peut-être des inhalations d'oxygène aussi abondantes que possible seraient-elles théoriquement indiquées. Le membre fracturé sera absolument immobilisé.

Lettres de Suisse et d'Allemagne

Berne, 15 novembre 1884.

Dans ma dernière correspondance, je vous ai parlé des bons effets obtenus dans les maladies fébriles par l'emploi de l'*antipyrine*. Je tiens aujourd'hui à vous signaler à ce sujet une note publiée dans le n° 36 de la *Berliner Clinischen Wochenschrift* par M. Cahn, chef de la clinique du professeur Kussmaul à Strasbourg. Il s'agit d'une *éruption cutanée*, consécutive à l'emploi prolongé de ce remède. Chez une robuste malade de 18 ans, atteinte de typhus, qui avait déjà pris 45 grammes d'antipyrine, Cahn vit apparaître une éruption cutanée sans réaction subjective aucune. L'éruption était formée de petites taches rouges proéminentes. Celles-ci disparaissaient complètement à la pression, leurs contours n'étaient pas bien nets et leur grandeur variait de 5 centimètres à 2 millimètres. Elles étaient plus grandes et confluentes aux coudes et aux genoux, de sorte que l'on n'entrevoyait presque pas de peau normale. Elles étaient aussi plus nombreuses du côté des extenseurs que de celui des fléchisseurs. Le dos en était bien plus couvert que le ventre et la poitrine ; la tête, la paume de la main et la plante des pieds en étaient indemnes. Ayant de suite pensé que cette éruption pouvait provenir de l'usage de l'antipyrine, on suspendit ce remède, et déjà, l'après-midi du même jour, l'éruption commença à pâlir, de sorte que l'on ne voyait plus qu'une petite rougeur sur les genoux. Cette dernière ayant aussi disparu le lendemain, la malade prit de nouveau, à deux et à trois heures de l'après-midi, 2 grammes d'antipyrine. À six heures du soir l'on vit l'exanthème reparaître à l'avant-bras et dans le délai d'une demi-heure s'étendre aux jambes, aux bras, au dos, à la poitrine et au cou. En peu de temps, du côté des extenseurs, l'avant-bras et le genou étaient couvert d'une rougeur scarlatiniforme, tandis que le reste du corps était parsemé de petites taches rouges. La malade éprouva cette fois dans les parties de la peau les plus affectées une sensation de chaleur qui s'accrut jusqu'à la brûlure. Le thermomètre appliqué sur la peau prouva aussi que la température de ces parties congestionnées était augmentée. La peau sur la rotule, par exemple, qui d'ordinaire est une des parties les plus froides, montra 1°,5 de plus que la partie interne des jambes. Le lendemain tout avait de nouveau disparu et ne revint plus tant que l'emploi de l'antipyrine fut suspendu. Pour bien être sûr de son observation, Cahn administra à la malade le surlendemain une nouvelle dose d'antipyrine de 2 grammes. Deux heures et demie plus tard l'exanthème revint pour disparaître aussitôt que le médicament eut été abandonné. Deux jours après la disparition de l'érythème, survint une légère desquamation furfuracée qui dura six jours. Il s'agissait donc bien ici d'un érythème consécutif à l'emploi de l'antipyrine. Depuis, Cahn a eu l'occasion de voir la même éruption cutanée apparaître chez une femme phthisique ; dans ce cas, l'érythème commença après l'usage de 30 grammes du remède.

Excepté cet inconvénient, Cahn n'a eu qu'à se louer des bons effets obtenus par l'emploi du nouveau fébrifuge. La présence de ces érythèmes a, depuis, été constatée en Allemagne par Alexander (de Breslau) et en Suisse par Ernst (de Zurich). Dans une dernière correspondance, il s'est glissé une petite erreur que je tiens à rectifier. Je vous ai nommé le docteur Rapin (de Lausanne) comme auteur de la note sur l'emploi de l'antipyrine, publiée dans la *Revue médicale de la Suisse romande*. C'est le docteur Rapin (de Genève) que j'aurais dû vous citer.

Dans le dernier numéro du *Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte*, organe des médecins de la Suisse allemande, le professeur Socin (de Bâle) vient de publier un cas qui, j'ose l'espérer, intéressera les lecteurs de l'*Union médicale*. Il s'agit d'une malade chez laquelle Socin fit premièrement une résection partielle de l'estomac pour cancer de cet organe et que, après récidive, il opéra pour la seconde fois cette année par la « *gastroentérostomie* ». L'histoire de la malade est la suivante : La patiente, âgée de 43 ans, mariée, est reçue le 21 juin 1883 à la clinique chirurgicale de Bâle, pour cancer du pylore. M. Socin pratique la résection partielle de l'estomac le 15 juillet 1883, d'après la méthode indiquée par Billroth et Wolfler, c'est-à-dire en partant d'une incision transverse à droite et un peu plus haut que l'ombilic. L'opération n'offrit aucun incident particulier, la partie cancéreuse fut soigneusement enlevée en totalité, car M. Socin

opéra à deux centimètres de la tumeur dans le tissu sain. Quinze jours après l'opération, la malade se promenait dans le jardin en parfaite santé. L'augmentation de poids était de 200 grammes par jour. Cette malade fut présentée le 27 octobre 1883 à Olten, à la réunion des médecins suisses, en même temps qu'une autre malade du même genre à laquelle le professeur Kocher (de Berne) avait aussi fait la gastrectomie avec le même succès. La malade de M. Socin passa ensuite un très bon hiver ; la digestion était normale : les selles régulières et les mets supportés sans distinction. La femme, tout en vaquant à ses occupations de ménage, allait encore dans ses autres moments travailler à la fabrique. Au commencement d'avril 1884, elle commença à éprouver, après les repas, des malaises auxquels vinrent se joindre des éructations et la diarrhée. Cela n'empêcha pas la brave femme de continuer son ouvrage et de ne venir que le 23 mai consulter M. Socin. Ce chirurgien constata derrière la cicatrice une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, dure et peu sensible à la pression. Elle était mobile sur les côtés, mais dans la profondeur l'on pouvait sentir un gros pédicule se perdant dans l'abdomen et un autre plus petit allant directement en haut et à droite contre le foie. Il s'agissait évidemment d'une récidive ; la tumeur avait de nouveau son siège à la partie pylorique de l'estomac et adhérait par la cicatrice, non seulement aux parois abdominales, mais aussi dans la profondeur au pancréas et par le ligament hépato-duodénal au foie. Les symptômes s'aggravèrent bientôt et l'on put constater en peu de temps une occlusion stomacale, ayant pour signes : une constipation opiniâtre, manque d'appétit, éructations, vomissements douloureux, se répétant régulièrement deux à trois heures après l'ingestion des mets, dépérissement rapide et amaigrissement général. La malade fut de nouveau reçue à la clinique chirurgicale le 16 juin 1884. Le traitement consista en lavage de l'estomac deux heures après chaque repas. La malade se sentit soulagée, il est vrai. Mais, malgré tous les lavements nutritifs qu'on lui administra, elle devint toujours de plus en plus maigre, son poids baissa en peu de jours de 91 à 85 livres. Une seconde extirpation de la partie malade de l'estomac était impossible à cause des adhérences, et la pauvre femme risquait ainsi de mourir d'inanition. M. Socin lui proposa alors la *gastroentérostomie*, à laquelle la malade consentit sans hésiter. Après les préparatifs usités pour ces sortes d'opérations (lavage de l'estomac à l'eau salicylée, désinfection très minutieuse, chauffage de la salle d'opération, etc.), M. Socin pratiqua, le 5 juin 1884, une incision de *16 centimètres* de longueur, partant de l'appendice xiphoïde et passant à gauche de l'ombilic. Le foie était situé très bas, quand on l'eut écarté, l'estomac vide se présenta avec une adhérence très étendue au foie et aux parois abdominales. L'estomac est alors écarté à gauche et en haut, l'index gauche de l'opérateur saisit le côlon transverse et le mésentère et les attire en haut. Ensuite on sort une anse d'intestin grêle, on la développe jusqu'à la plica jejunalis. Trente centimètres plus bas, après l'avoir vidée par la compression, on fait en deux points distants l'un de l'autre de dix centimètres, une ligature avec de la soie épaisse, en prenant soin de mettre une petite plaque en caoutchouc à la place du nœud pour que celui-ci ne lésât pas l'intestin. Puis, entre ces deux ligatures, on fait au côté opposé à l'insertion du mésentère un incision longitudinale de *6 centimètres*. L'hémorrhagie est arrêtée par deux pinces à artères. Les parois interne et externe de l'intestin sont désinfectées au sublimé. Puis on prend un large pli du cul-de-sac de l'estomac, qui est indemne de cancer, on le maintient en position avec deux pinces de Gussenbauer, et, entre ces deux dernières, on fait une incision aussi de six centimètres; deux ligatures artérielles. Après avoir mis en place, à l'exception des deux nouvelles incisions, l'intestin et l'autre partie de l'estomac, on recouvre toute la plaie abdominale de compresses chaudes au sublimé, puis on procède à la réunion de l'intestin avec l'estomac. Les sutures employées furent celles de Wolfler et de Lembert. La réunion finie, on remit les parties en place et on ferma le péritoine avec sutures. Irrigation avec de la solution d'oxyde de zinc (antiseptique de la clinique chirurgicale de Bâle). Un drain résorbant dans l'angle inférieur de la plaie, puis réunion de la peau par 17 sutures. La durée de l'opération fut d'une heure et quart.

La malade guérit rapidement. Elle ne montra aucun symptôme de collapsus, n'eut pas de vomissements, mais se plaignit pendant les premiers jours de douleurs intenses dans l'abdomen qui nécessitèrent l'emploi des injections de morphine. Socin croit qu'elles avaient été produites par l'irrigation au sublimé, employée pendant l'opération. La malade eut aussi une légère stomatite mercurielle. Elle n'eut par contre jamais de fièvre, la plus haute température monta à 37°4 ; la sécrétion de l'urine fut toujours normale. Vingt-quatre heures après l'opération, on donna à la malade une cuillerée de lait et de glace, puis deux ; à partir du cinquième jour, on lui donna du bouillon et des œufs ; le neuvième jour, du rôti, et après quinze jours, tout le dîner. Elle eut les premières émissions de gaz le quatrième jour après l'opération, et le neuvième, elle eut sa

première selle après avoir reçu un lavement d'eau. A partir du dixième jour, elle eut sa selle régulière tous les jours. Elle quitta le lit le douzième jour et fut présentée comme guérie à la Société de médecine de Bâle. A son départ de l'hôpital, le 1er août 1884, l'opérée avait augmenté de dix livres un quart ; l'abdomen, quoique un peu gros, n'était nulle part sensible à la pression ; état général excellent. Lors de la publication de ce cas, *quatre mois* après l'opération, aucun changement n'avait eu lieu dans cet état satisfaisant. L'opérée paraît être en parfaite santé, ses forces sont bonnes (elle fait son ménage elle-même) ; la digestion se fait convenablement. La tumeur située sous la première cicatrice a un peu augmenté.

Ceci est le premier cas connu dans lequel la gastroentérostomie réussit chez un malade qui avait déjà subi avec succès la résection partielle de l'estomac.

Ce qui, d'aprés Socin, est le plus digne d'intérêt, c'est non la marche rapide de la guérison, mais la *restitution complète des fonctions.* L'on pouvait craindre en effet qu'un estomac si malade et si tourmenté ne pût jamais reprendre ses fonctions, et que l'on n'y constatât bientôt l'insuffisance pylorique, décrite par Ebstein. Mais déjà au bout de quinze jours la digestion, qui, avant l'opération, ne se faisait plus, redevint normale. Non seulement la malade pouvait prendre toutes sortes d'aliments, mais elle en prenait de si grandes quantités que son poids augmentait de 200 à 250 grammes par jour. Ceci est la meilleure preuve que cette opération, qui peut sauver la vie pour un temps plus ou moins long à un malade, est permise en chirurgie. L'observation démontre aussi mieux qu'une pylorectomie que le cancer du pylore cause des troubles et mène à la mort par la fermeture de la sortie de l'estomac et par la dilatation consécutive de l'organe.

Jusqu'à présent il n'existe pas de statistique proprement dite sur la gastroentérostomie. Avec l'observation de Socin, que je viens de vous citer, on n'en connaît que dix cas. Chez quatre, l'opération fut suivie de succès, les six autres malades y succombèrent plus ou moins directement. La bibliographie de la gastroentérostomie comprend les observations suivantes :

1° Wolfler, septembre 1881. Homme de 38 ans. Cancer inopérable du pylore. Opéré avec succès. (*Centralblatt Chirurgie*, 1881, n° 45.)

2° Billroth, octobre 1881. Homme de 45 ans. Cancer inopérable du pylore. Mort en suite de vomissements continuels le dixième jour. (*Ibidem.*)

3° Lauenstein, décembre 1881. Homme de 50 ans. Cancer inopérable du pylore. Mort d'inanition, après trois jours. (*Archiv. f. Klinische chirurgie*, vol. 28.)

4° Rydygifr, mai 1882. Homme de 54 ans. Cancer inopérable du pylore. Mort par suite d'hémorrhagie, le quatrième jour. (*Centralblatt f. chirurgie*, 1883.)

5° Lucke, mai 1882. Femme de 31 ans. Cancer inopérable du pylore. Succès constaté deux mois après l'opération. (*Deutsche Zeitschrift f. Chirurg.*, vol. 17.)

6° Kocher, juin 1882. Homme de 50 ans. Cancer de l'estomac. Mort le lendemain de l'opération. Vomissements. (*Corresp. Blatt f. Schweizer Aerzte*, vol. 13.)

7° Lauenstein, 1882. Femme de 25 ans. Cancer du pylore. Mort par suite d'inanition et de cachexie quatre semaines après. (*Verhandlgen d. deutschen Gesellschaft für Chirurgie*, 1883, p. 24.)

8° Courvoisier (Bâle), octobre 1883. Femme de 25 ans. Cancer du pylore. Mort en suite d'abcès et de péritonite le douzième jour. (*Centralblatt f. Chirurgie*, 1883).

9° Rydygier, mars 1884. Homme de 20 ans. Ulcus dans le duodénum. Opération avec succès. (*Centralblatt f. Chirurgie*, 1884, n° 23.)

10° Socin. Cas mentionné ci-dessus. (*Correspondenz Blatt für Schweizer Aerzte*, 1er novembre 1884.)

Dr F. Dumont.

BIBLIOTHÈQUE

Action hypnotique et sédative de la paraldéhyde dans les différentes formes d'aliénation mentale, par le docteur I. Nercam. — Paris, Delahaye, 1884.

Ce travail inaugural, entrepris par l'auteur pendant qu'il était interne à l'asile Saint-Yon, sous l'inspiration de M. le docteur Kéraval, son chef de service, vient compléter utilement les recherches déjà nombreuses faites jusqu'à ce jour sur le nouveau médicament introduit dans la thérapeutique par Cervello en 1882.

Les principales conclusions de M. Nercam sont les suivantes. La paraldéhyde doit être considérée comme un hypnotique et placée en thérapeutique à côté du chloral et de

l'opium. A cause de la rapidité et de l'intensité de ses effets, elle serait indiquée chaque fois que les autres hypnotiques seront impuissants ou mal supportés. Elle combat surtout avantageusement l'insomnie et l'agitation, elle paraît avoir une action marquée contre les crises d'épilepsie et les manifestations multiples de l'hystérie. Ses inconvénients sont la possibilité de rencontrer des personnes absolument réfractaires, la rapidité avec laquelle s'établit l'assuétude, la sensation de brûlure consécutive à son ingestion, l'état nauséeux et les douleurs abdominales qui se produisent quelquefois, surtout lorsque le produit est impur. Son administration par la voie rectale n'a pas les mêmes inconvénients que celle du chloral, et la dose active est alors moitié moindre que par la voie gastrique.

Les injections hypodermiques n'offrent aucun danger, mais sont extrêmement douloureuses.

A dose thérapeutique, la paraldéhyde n'exerce aucune action nocive sur la respiration ni sur le cœur. Presque toujours le nombre des mouvements respiratoires, des battements du cœur est diminué, la température est abaissée. A dose élevée et chez certains sujets à prédisposition spéciale, on peut voir survenir des accidents asphyxiques ou lipothymiques. Toutes les affections susceptibles de provoquer de la dyspnée imposent une certaine réserve dans la prescription de la paraldéhyde. Son action se fait sentir d'abord sur les lobes cérébraux, puis sur la moelle et enfin sur le bulbe.

En résumé, utile succédané du chloral, la paraldéhyde ne sera jamais son égale, a cause de l'assuétude, bien qu'à divers points de vue (rapidité d'action, possibilité de l'administrer sans inconvénients par les voies gastrique, rectale et hypodermique), elle lui soit supérieure dans certains cas particuliers. — P. L. G.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Rapport de la Commission du traitement de la teigne par l'huile de Croton

Lu dans la séance de la Société de médecine de Paris du 11 octobre 1884.

Commissaires : MM. Thorens et Dubrisay, rapporteur.

Messieurs, dans la séance du 23 juin 1883, notre collègue, M. Ladreit de la Charrière, a exposé devant la Société la méthode de traitement de la teigne par l'huile de croton. Si M. Ladreit de la Charrière n'a pas été le premier à employer ce médicament, on doit cependant reconnaître qu'il a fait la méthode *sienne,* par les modifications importantes qu'il y a apportées, par la persévérance avec laquelle il l'a préconisée, parle très grand nombre de cas dans lesquels il en a fait l'application.

Les teignes en général, la teigne tonsurante en particulier, sont des maladies tellement fréquentes parmi les enfants de nos écoles, tellement tenaces et funestes tout à la fois, que pour quiconque s'occupe des maladies de l'enfance, l'annonce d'un procédé nouveau de traitement ne pouvait être reçu avec indifférence.

Je priai la Société de mettre à l'ordre du jour la question soulevée par notre collègue, et, au nom d'une commission nommée par vous, je viens exposer les résultats de longues et minutieuses études.

Dans un dispensaire gratuit pour enfants, fondé il y a dix-huit mois par la municipalité du I[er] arrondissement, nous avons observé et traité, depuis le mois de janvier 1884, 23 enfants atteints d'affections parasitaires du cuir chevelu; mais 4 atteints de pelades, et 1 de sycosis, doivent tout de suite être écartés.

Reste donc à 18, dont la plupart, je dois le noter, nous ont été adressés par M. Ladreit de la Charrière, indemnes de tout traitement.

En dehors des membres de la commission, plusieurs médecins de l'arrondissement, et spécialement M. le docteur Paul Richard, inspecteur des écoles, ont participé à nos recherches.

On pourra nous opposer que le nombre des sujets en observation est trop restreint; mais le nombre des applications n'en a pas moins été sérieux, puisqu'il s'élève à une centaine. Nous poursuivrons, du reste, nos études, et nous prierons la Société de nous permettre ultérieurement de lui en soumettre les résultats.

Je rappellerai brièvement de quelle manière on opère.

Un enfant étant reconnu atteint de teigne, on lui fait couper les cheveux aussi ras que possible, ou, si l'état du cuir chevelu le permet, on le fait raser, et sur la place malade on fait, avec un bâton de cosmétique à l'huile de croton, une friction douce, dont la durée doit être de 15 à 20 secondes.

Le cosmétique est un bâton ou crayon de 20 à 25 millimètres de diamètre, composé de :

Beurre de cacao..................	10	grammes
Cire............................	10	—
Huile de croton..................	20	—

le tout entouré d'une feuille de papier de plomb pour protéger les doigts de l'opérateur.

La friction terminée, ou applique sur la tête un bonnet de taffetas gommé et le bonnet de linge ou la casquette par-dessus.

Dans les deux jours qui suivent, le derme devient le siège d'une sécrétion, séreuse d'abord, puis séro-purulente, et après 48 heures paraissent des croûtes jaunâtres, qu'on prendrait, à première vue, pour une éruption impétigineuse. Pour calmer l'inflammation et faire tomber les croûtes, on applique des cataplasmes, et les croûtes une fois éliminées, on étend, matin et soir, une couche de vaseline.

Telle est, en quelques mots, la méthode qui nous a été exposée et dont vous nous avez chargés d'examiner les avantages et les inconvénients.

On a reproché à cette méthode de produire une très vive douleur, parfois de la fièvre, et, à ce double titre, d'être difficilement supportée par les malades.

Sur quatre de nos enfants seulement la première application fut suivie de douleurs assez vives ; ce sont : Guillemot, Jean, Fortuner et Million. Deux d'entre eux, Jean et Million, se plaignirent même de n'avoir pu dormir. C'était au début de notre pratique : nous avions fait l'application sur une étendue trop considérable, et depuis lors nous n'avons plus vu se produire les mêmes accidents.

Nous avions cru devoir prescrire, pour la nuit qui suivait l'application, une dose de 1 gramme 50 de chloral ; avec des applications plus modérées du cosmétique ; cette précaution est devenue inutile.

Nous croyons donc pouvoir affirmer que l'objection *douleur* n'est pas fondée (1).

2° *Erysipèle.* — On a dit que l'application d'huile de croton pouvait donner lieu à un érysipèle.

Après 100 applications faites par nous au dispensaire, sur des enfants de toute espèce de tempéraments, à toutes les époques de l'année, nous n'avons observé aucun érysipèle. Sur un seul enfant, déjà cité à propos de la douleur, Fortuner (Léon), nous avons craint un jour la formation d'un abcès : ce qui n'a pas eu lieu.

L'érysipèle ne nous paraît donc pas être à redouter, à la double condition de faire une application de cosmétique modérée comme épaisseur et comme étendue.

3° *Alopécie.* — On a parlé d'alopécie consécutive ; nous n'en avons pas observé un seul exemple.

Les trois objections capitales présentées par les adversaires de la méthode, douleur, érysipèle, alopécie consécutive, nous paraissent donc, d'après les observations que nous avons faites jusqu'à aujourd'hui, devoir être écartées.

Est-ce à dire que la guérison de la teigne par les applications d'huile de croton soit de règle absolue, que les choses marchent toujours, et dans tous les cas, d'une façon simple et rapide : nous ne le prétendons pas. Comme toujours, en clinique, chaque observation présente de nombreuses différences et des difficultés variées. Chez tel enfant atteint de teigne depuis peu de temps, la maladie résiste peu ; chez tel autre, malade depuis longtemps, les applications se suivent et les progrès sont très lents à paraître. Tel malade supporte sans douleur aucune, et presque sans inflammation, de nombreuses applications ; chez tel autre, une faible couche de cosmétique fait apparaître un impétigo très étendu et très tenace, et le traitement est arrêté. Quoi qu'il en soit de ces variétés, la méthode nous paraît être bonne, et nous en ferons ressortir maintenant les principaux avantages :

1° L'absence de douleur. — Comme après toute application d'huile de croton, le sujet éprouve une chaleur locale, de l'agacement, de la démangeaison, mais ces sensations désagréables ne sauraient être comparées aux douleurs aiguës accusées par les cris des enfants soumis à l'épilation, tout au moins à la première épilation ;

2° La facilité, la simplicité de l'opération. — Un bon épileur est très difficile à trouver. Toute personne intelligente et soigneuse peut appliquer l'huile de croton. Une séance

(1) Les observations des malades traités ont été soumises à la Société.

d'épilation pour un seul sujet demande toujours un long temps; une application de cosmétique se fait en 15 à 20 secondes (1);

3° La certitude, pour le moins aussi grande que par les autres méthodes, d'arriver à la guérison.

Reste une dernière question que nous avons jusqu'ici évité de soulever : le traitement par l'huile de croton est-il plus rapide que les autres traitements? M. Ladreit de la Charrière dit *oui* et parle de six semaines à trois mois; ses adversaires, représentés par tous les médecins de Saint-Louis, affirment le contraire.

Quant à nous, voici ce que nous avons constaté :

Sur les 18 enfants teigneux que nous avons soignés depuis le mois de janvier, 7 nous ont abandonnés, comme cela arrive toujours dans toutes les cliniques; 11 seulement nous sont restés fidèles.

Sur ces 11, 2 sont absolument guéris, nous le croyons du moins, et nous les avons renvoyés dans leurs écoles; 3 autres, peut-être 4, nous paraissent être guéris; ils n'ont plus de parasites, mais leurs cheveux sont encore grêles et mal formés; il reste de la dermite; il faut donc attendre avant de se prononcer.

Le premier, Guillemaut, a été soigné du 1er octobre 1883 au 16 juillet 1884, c'est-à-dire pendant 9 mois 1/2. Il a subi 6 applications de cosmétique.

Le deuxième, Pralois, a été soigné du 18 janvier 1884 au 27 septembre 1884, c'est-à-dire pendant huit mois. Il a subi 10 applications.

9 mois 1/2 d'une part et 8 mois de l'autre ne constituent pas un progrès sur les autres méthodes, mais il faut noter que Guillemaut a subi la dernière application le 6 mai et Pralois le 9 juillet. On peut, en réalité, admettre qu'ils étaient guéris depuis ces deux époques, puisque, depuis lors, nous n'avons plus fait que les observer, et, dans ce cas, la durée du traitement aurait été seulement de 7 mois 1/2 pour le premier et de 6 mois pour le second.

Les faits trop peu nombreux que nous avons eus à notre disposition ne nous autorisent pas à émettre une opinion positive sur la durée du traitement par telle ou telle méthode; ils ont suffi toutefois pour nous convaincre que l'on ne saurait être trop réservé quand il s'agit de poser le diagnostic de la guérison. Un enfant soumis à un traitement quelconque subit assez rapidement une notable amélioration : la dermite disparaît, un certain nombre de cheveux repoussent, et facilement, mais à tort, on pourrait le croire guéri; à plusieurs fois, nous nous y sommes trompés. Si l'on veut éviter une semblable erreur, ce n'est pas à la loupe qu'il faut examiner les cheveux douteux, c'est au microscope, et ce n'est pas une seule séance, mais bien plusieurs séances qu'il faut consacrer à cet examen; alors seulement, et après une observation clinique de plusieurs semaines, on pourra se croire autorisé à poser un diagnostic de guérison.

Quoi qu'il en soit, du reste, de cette question de durée, nous pensons que la méthode de traitement de la teigne par l'huile de croton, en raison de sa simplicité et de sa facilité d'application, de l'absence de douleur sérieuse, de l'absence d'accidents consécutifs, est une bonne méthode et qu'il est à désirer qu'elle soit généralisée.

Telles sont, Messieurs, les conclusions que nous avons l'honneur de vous soumettre.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 23 au 29 novembre 1884. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1,239. — Fièvre typhoïde, 21. — Variole, 5. — Rougeole, 28. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 6. — Diphthérie, croup, 36. — Choléra, 74. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 8. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 43. — Phthisie pulmonaire, 258. — Autres tuberculoses, 11. — Autres affections générales, 73. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 69. — Bronchite aiguë, 33. — Pneumonie, 98. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 40; au sein et mixte, 24 ; inconnues, 13. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 102 ; circulatoire, 73 ; respiratoire, 72 ; digestif, 63 ; génito-urinaire, 23 ; de la peau et du

---

(1) L'épilation ne peut se faire que dans un hôpital spécial et par des hommes spéciaux difficiles à trouver; le traitement par l'huile de croton peut être fait partout, et l'on peut dire par tout le monde. Nous ajouterons d'ailleurs que, dans la teigne tonsurante, l'épilation est très souvent un leurre. Les cheveux infiltrés de spores ne s'épilent pas; ils cassent ou on les casse.

tissu lamineux, 6 ; des os, articulat. et muscles, 6. — Morts violentes, 34. — Causes non classées, 12.

Pendant la semaine du 23 au 29 novembre, 1,236 décès ont eu lieu à Paris, au lieu de 1,308 que comptait la semaine précédente.

L'épidémie cholérique doit être considérée comme étant presque terminée. Sur les 1,236 décès de cette semaine, 74 sont attribuables au choléra.

Un fait qui n'est pas moins remarquable, c'est que le choléra a frappé très inégalement les hommes et les femmes. Il y a eu du 3 au 29 novembre 561 décès masculins (soit 50 pour 100,000 vivants) et seulement 379 décès féminins (soit 33 pour 100,000 vivantes.)

La situation sanitaire de la semaine offre matière à peu de réflexions.

La Fièvre typhoïde (21 décès au lieu de 22), n'a pas cessé d'être rare pendant toute cette période. La Rougeole (28 décès dans chacune des deux dernières semaines) et la Diphthérie (36 décès au lieu de 31), n'ont pas subi de variations notables : la Variole (5 décès), la Scarlatine (2 décès au lieu de 1) et la Coqueluche (6 décès dans chacune des deux semaines) continuent à être rares.

La Bronchite (33 décès dans chacune des deux semaines) et la Pneumonie (98 décès au lieu de 81), ont une fréquence normale étant donnée la saison. L'Athrepsie (gastro-entérite des enfants du premier âge) a causé 77 décès au lieu de 79.

On a célébré pendant la semaine dernière 329 mariages. On a inscrit 1240 naissances d'enfants vivants (642 garçons et 598 filles), dont 927 légitimes et 313 illégitimes ; parmi ces derniers 57 ont été reconnus immédiatement. Enfin on a déclaré 95 mort-nés dont 73 légitimes et 22 illégitimes.

Dr Jacques Bertillon,
Chef des Travaux de la Statistique municipale de la Ville de Paris.

COURRIER

Ecole supérieure de pharmacie. — *Prix décernés aux lauréats de l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris pour l'année scolaire 1883-1884.* — Prix de l'École. — 1re année : 1er prix, M. Bréville ; 2e prix, M. Charpin ; mention, M. Cousin. — 2e année : 1er prix, M. Fleury ; 2e prix, M. Baudran ; mention, M. Fouquet. — 3e année, 1er prix, (non décerné) ; 2e prix, M. Gaillard.

Prix dés travaux pratiques. — 1re année : médailles d'or, MM. Mazaud et Pacot ; médailles d'argent, MM. Boissée et Blanchard ; mentions, MM. Goursat, André et Personne. — 2e année : médailles d'or, MM. Antoine et Rousseau ; médailles d'argent, M.M Gallay et Hunkiarbeyendian ; mentions, MM. Desbruères, Bézine et Brun. — 3e année : Micrographie. Médailles d'or, MM. Gaillard et Mercier ; médailles d'argent, MM. Langlois et Dubreuil ; mentions, MM. Armingeat, Apard et Labouverie. Physique. Médaille d'or, M. Gaillard ; médaille d'argent, M. Langlois ; mention, M. Gasselin.

Prix de fondation. — Prix Menier : M. Gurlie. — Prix Buignet : 1er prix, M. Vicario ; 2e prix, M. Gasselin. — Prix Laroze : M. Malenfant. — Prix Lebeault : M. Saudau. — Prix Laillet : M. Vicario.

Société de médecine légale. — Séance du lundi 8 décembre 1884, à quatre heures très précises, au Palais de Justice, dans la salle des Référés. — *Ordre du jour :* I. Election pour le renouvellement du bureau. — II. Relation par M. Barthélemy d'un cas d'empoisonnement volontaire par la strychnine, ayant soulevé une question de secret professionnel. — III. Rapport de MM. Brouardel et Rocher sur la responsabilité des médecins experts. — IV. Sur l'exercice simultané de la médecine et de la pharmacie. Question posée par M. Grenell de Gérardmer. — V. Nomination de membres correspondants nationaux.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

N° 174 L'UNION MÉDICALE Mardi 9 Décembre 1884.

Sommaire

HISTOIRE ET CRITIQUE

Observation d'une prétendue grossesse d'homme (inclusion scrotale)

Par M. de Saint-Donat, chirurgien de Sisteron.

Rapport inédit de M. Dodart, lu à l'Académie des sciences le 20 novembre 1697.

Remarques et commentaires par le docteur L.-H. Petit, sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine.

Les recherches que j'ai pu faire depuis quelque temps dans les registres manuscrits de l'Académie des sciences, grâce à l'appui bienveillant de M. le baron H. Larrey, membre de l'Institut, et de M. J. Bertrand, secrétaire perpétuel de l'Académie, m'ont fait trouver déjà plusieurs documents importants, dont la connaissance m'a permis de combler quelques lacunes ou erreurs laissées par les auteurs dans la littérature médicale.

J'ai déjà publié le mémoire original de Littre *Sur les imperforations*, dans lequel se trouve l'idée première qui a servi de guide aux chirurgiens pour le traitement de l'obstruction intestinale, par la méthode à laquelle ils ont donné son nom (1).

Je vais aujourd'hui rapporter quelques documents inédits relatifs à l'histoire de la première observation authentique d'inclusion scrotale, sujet sur lequel mon cher maître, M. Verneuil, a écrit, en 1855, le premier travail d'ensemble, et dont il a donné une description devenue classique, à l'aide des dix seuls faits qui fussent connus à cette époque (2).

Cette observation est celle de M. de Saint-Donat, chirurgien de Sisteron. Elle fut communiquée à l'Académie en 1697, par Arlot, médecin de S. A. R. Madame, à qui l'auteur l'avait envoyée. Elle parut fort extraordinaire, et on en parla beaucoup hors de l'Académie, où elle fit encore une plus grande impression, à tel point qu'en 1700, Fontenelle, pour réfuter les erreurs qui commençaient à se répandre dans le public à ce sujet, crut devoir en faire mention dans l'*Histoire* (imprimée) de l'Académie. « Il courut pendant quelque temps, dit-il, un bruit absurde d'une grossesse d'homme; mais tout absurde qu'il était, il avait quelque fondement ; et en effet, comme on eut la curiosité de l'approfondir, on apprit un accident fort singulier, dont M. de Saint-Donat, chirurgien de Sisteron, écrivit la relation à M. Reneaume. » Suit le récit du fait que nous rapporterons plus loin. (*Hist. de l'Acad. des sciences*, 1700, p. 36, § 4.)

Ce nom de Reneaume me frappa beaucoup, parce que dans les registres manuscrits de 1697 j'avais trouvé un rapport de Dodart sur le même fait. Qui s'était trompé?

L'*Histoire* imprimée de 1697, que je consultai afin de dissiper mon incertitude, ne fit que l'augmenter. Cette *Histoire* dit en effet : « M. de Saint-Donat, chirurgien à Sisteron, a écrit à M. Du Verney qu'il avait entre les mains un homme qui portait dans le scrotum une masse de la figure d'un enfant enfermé dans les membranes : on y distinguait la tête, les pieds et

(1) Voir l'*Union médicale* du 10 avril 1884, t. XXXVII, p. 622.

(2) Verneuil, *Mémoire sur l'inclusion scrotale et testiculaire*, in *Arch. gen. de méd.* 1855, série t. V, p. 641 et t. VI, p. 24 et suivantes.

les yeux, des os et des cartilages. » (*Hist. de l'Acad. des sciences,* 1686-1699, t. II, p. 298.)

Cette fois, j'avais à choisir entre trois personnes : Du Verney, Dodart et Reneaume ; et je tenais d'autant plus à ne pas me tromper dans mon choix, que le résumé des registres manuscrits de 1697 était suivi d'un rapport inédit, c'est-à-dire non publié à ma connaissance, et dont j'étais curieux de connaître l'auteur.

Les œuvres de Dodart ne renferment rien sur ce fait. Il n'en est pas de même de celles de Du Verney. Ses *Œuvres anatomiques*, publiées après sa mort par Bertin, en 1761, sont terminées par la liste des communications qu'il fit à l'Académie des sciences. Elles contiennent la citation que nous venons de rappeler (t. II, p. 553) et la relation un peu plus détaillée du fait (p. 562), relation qui n'est autre que celle dont parle Fontenelle, et que M. de Saint-Donat avait envoyée à Reneaume.

J'ai cru d'abord qu'on pouvait trancher la question de la manière suivante : M. de Saint-Donat a écrit à M. Arlot et à M. Du Verney au sujet d'un fait qui l'intriguait beaucoup; les lettres de M. Arlot furent envoyées à l'Académie, qui chargea M. Dodart de lui en faire un résumé et un rapport; à moins, ce qui est encore très possible, que le copiste qui a si bien calligraphié les procès-verbaux de l'Académie des sciences, n'ait écrit Dodart pour Du Verney, erreur qui n'est pas sans exemple, comme en font foi les corrections faites par l'un des signataires des procès-verbaux, Fontenelle ou l'abbé Bignon.

Mais en parcourant page par page le volume manuscrit de 1697, je trouvai le passage suivant, à la date du mercredi 6 mars :

« M. Du Verney a lu une lettre par laquelle on lui mande que M. de Saint-Donat, chirurgien à Sisteron, a eu entre les mains un malade qui, ayant eu longtemps mal aux bourses, et s'étant résolu à suivre (*sic*) l'opération, on lui a trouvé la figure d'un enfant enfermé dans les membranes, dans laquelle on distingue la tête, les pieds et les yeux, des os et des cartilages. M. Du Verney a dit qu'il pouvait se former en ces parties des matières polypeuses qui pouvaient avoir ces sortes de fausses apparences (1). »

Nous voyons par là que la lettre reçue et lue par M. Du Verney ne lui a pas été adressée par M. de Saint-Donat, comme le dit à tort l'*Histoire* imprimée, mais par quelqu'un qui lui parle du fait de M. de Saint-Donat. Ceci est important à noter, car si le chirurgien de Sisteron avait dit lui même que le contenu de la tumeur ressemblait à un enfant, on pourrait lui attribuer tous les bruits absurdes qui ont couru sur son malade, alors que ces bruits n'ont eu pour cause qu'une lettre écrite par un inconnu. Cette lettre renfermait d'ailleurs des détails inexacts, car la tumeur, comme nous le verrons plus loin, ne renfermait rien qui ressemblât à un enfant, ni à des pieds ou à des mains ; ce qui prouve une fois de plus que Saint-Donat ne pouvait l'avoir écrite.

Le 4 septembre, M. Dodart fut chargé de faire un rapport sur les autres lettres adressées à l'Académie par M. Arlot à propos du même fait, rapport qu'il lut le 20 novembre suivant. Ce fut bien M. Dodart et non M. Du Verney, car ce dernier ne vint pas une seule fois aux séances de la savante Société depuis le 15 juin 1697 jusqu'au 19 février 1698. (D'après les *Registres manuscrits*, qui, à chaque séance, donnent la liste des membres présents.)

Mais ces lettres, adressées à M. Arlot par M. de Saint-Donat, n'arrivèrent pas immédiatement à M. Dodart ; elles furent communiquées à Pierre Amand, maître chirurgien juré de Paris, qui en fit un extrait. Cet extrait, publié par lui en 1714, est celui qui fut utilisé par M. Verneuil pour son mémoire. Il diffère peu de celui que M. Dodart lut à l'Académie des sciences,

(1) *Registres manuscrits*, t. XVI, f° 39.

comme on peut le voir par la comparaison des textes. En effet, les *Registres manuscrits* disent :

« M. Dodart a lu trois lettres de M. Saint-Donat, chirurgien de Sisteron touchant une génération extraordinaire dans un homme, dont il fera un extrait. » *Registres manuscrits*, t. XVI, folio 254, verso, 4 sept. 1697.)

Voici maintenant le rapport que fit M. Dodart sur ce fait (*Registres manuscrits*, t. XVII, folio 23, 20 nov. 1697) :

Extrait sommaire de 3 lettres de M. de Saint-Donat, chirurgien de Sisteron, des 3 mars, 24 juin et 3 août 1697, sur une espèce de génération extraordinaire, arrivée dans un homme, adressée à l'Académie royale des sciences par M. Arlot, premier médecin de S. A. R. Madame, sœur du Roy.

« Je fis la lecture de ces lettres à l'assemblée du mercredi 4 septembre, et elle m'ordonna d'en faire un mémoire pour insérer dans les *Registres*. Le voici. Ce qui est souligné est de M. de Saint-Donat, en propres termes :

En juin 1696, un jeune gentilhomme, en conséquence d'une émotion violente survenue en sa personne, sentit une douleur fort vive du côté droit, à la partie secrète ; après deux heures, elle diminua et passa enfin entièrement dans le reste du jour.

Peu après, il s'aperçut d'une *petite tumeur* attachée à la partie où il avait senti cette douleur si vive. Elle grossit peu à peu et *sans douleur*, en sorte qu'*en Décembre 1696*, qui était le septième mois depuis cet accident, *elle égalait un œuf de poule d'Inde*. M. de Saint-Donat la trouva alors *assez molle* et sans douleur.

Depuis ce temps *jusques au commencement de février 1697*, la tumeur était devenue, en moins de deux mois, *grosse comme la tête d'un enfant de 6 mois*, en sorte qu'elle emplissait le scrotum et gagnait l'aine ; il fallut l'extirper après avoir lié les vaisseaux spermatiques qui suspendaient cette tumeur, ce qu'on ne put faire qu'*avec peine*, après avoir fait l'incision au scrotum à droite et aux *deux membranes propres des testicules, parce que la tumeur occupait toute l'aine droite*, et qu'il fallut faire la ligature tout *contre les anneaux des muscles du ventre, ayant eu peine à trouver un petit espace entre la tumeur et les anneaux. Les vaisseaux étaient devenus beaucoup plus gros que le naturel et très gros*.

Pierre Armand s'exprime ainsi :

REMARQUE CURIEUSE D'UN FAIT PARTICULIER (1).

. . . . Je n'y ajouterai rien du mien, me tenant à la relation qui en a été envoyée, le vingt-quatrième juin 1697, à M. Arlot, qui me fit l'honneur de me la communiquer, afin de savoir là-dessus mon sentiment ; il l'avait reçue de M. de Saint-Donat, chirurgien à Sisteron, qui en a fait la cure ; je sais que des personnes très célèbres, tant dans la médecine que dans la chirurgie, ont déjà parlé de ce fait ; cependant, comme j'ai été le premier qui en a fait part à MM. mes confrères, assemblés en notre maison de communauté à Saint-Côme, on ne peut pas trouver mauvais que je la rapporte ici. Je marque précisément ces circonstances, afin que le lecteur ne croie pas que j'ai seulement copié cette observation dans les écrits de ceux qui en ont déjà parlé.

Voici le fait :

Un jeune homme de qualité s'étant trouvé, au mois de juin de l'année 1696, avec une dame qui lui permettait quelque attouchement, il se sentit tout d'un coup frappé d'une vive douleur au testicule droit, qui dura environ deux heures, la douleur diminua peu à peu et se passa entièrement dans le reste de la journée ; peu de temps après, il lui survint une petite tumeur attachée au même testicule qui grossissait insensiblement, mais sans douleur ; ce jeune homme vint à Sisteron, au mois de décembre suivant, trouver le sieur de Saint-Donat, à qui cette tumeur parut de la grosseur d'un œuf de poule d'Inde ; la rigueur de la saison l'obligea de remettre l'opération au printemps ; mais comme cette maladie fit un progrès extraordinaire, et qu'elle devint fort incommode au malade par son volume et par sa pesanteur, ce jeune homme revint à Sisteron au mois de février, la tumeur étant pour lors grosse comme la tête d'un enfant de six mois, occupant toute la cavité du servaut et de l'aine ; de sorte qu'ayant fait l'ouverture des membranes propres du testicule, à peine put-il trouver un petit espace entre la tumeur et les anneaux des muscles du bas-ventre, pour faire la ligature des vaisseaux spermatiques. Après l'amputation de cette masse, et avoir pansé le malade, il en fit la dissection, et trouva le gros globe composé d'un arrière-

(1) Pierre Amand. *Nouvelles observations sur la pratique des accouchements*. Paris, 1714, p. 79, et 2e édit., 1715, p. 79.

La tumeur extirpée étant ouverte, on trouva que l'extérieur était comme une espèce d'*arrière-faix, fort épais* et *charnu* uniformément dans toute son étendue. Cette membrane épaisse contenait plus d'une écuelle d'eau.

Au milieu de cette eau nageait une *masse de chair très blanche et très solide, la chair des ailes d'un poulet n'est pas si blanche ni à beaucoup près si solide. Elle n'était nullement fibreuse, mais uniforme. Il n'y paraissait nuls vaisseaux, mais seulement quelques porosités comme aux éponges.* Le testicule était comme enchassé dans l'extrémité de la masse charnue qui touchait aux vaisseaux spermatiques *comme le jaune d'un œuf dur est dans le blanc, mais sans aucune altération dans sa substance.* Dans cette même masse charnue était contenu *un globe osseux,* duquel, *comme du noyau d'une noix, partaient plusieurs divers rayons osseux, dont cette masse charnue était entièrement parsemée. Ce globe osseux approchait de la figure d'un crâne par un endroit, ayant deux cavités comme celles des orbites remplies chacune d'une vessie noire comme la membrane qu'on appelle uvée entre les membranes de l'œil. Ces vessies ne contenaient qu'une eau coulante comme l'humeur aqueuse de l'œil. Cette espèce de crâne n'avait point de cavité intérieure, mais seulement dans une autre face des dépressions plates, comme celles du palais. L'endroit semblable au crâne* était si dur que l'ayant voulu *entamer avec le tranchant d'un gros bistouri, il n'y fit qu'une scissure très superficielle et le tranchant en fut renversé. Les rayons étaient continus avec le globe, sans aucune séparation ni articulation, approchaient du cartilage vers les extrémités, infiniment* (sic) *unis au globe dans leur principe,* et par conséquent *les vaisseaux spermatiques tenaient lieu de vaisseaux ombilicaux à cette masse.* »

M. de Saint-Donat croit « *qu'il n'y a pas lieu de douter que toute cette masse ne soit véritablement spermatique et qu'il est probable qu'au moment de l'accident survenu à ce jeune homme une partie d'humeur séminale se dérangea dans l'épididyme, et qu'étant là fermentée elle prit une consistance charnue et osseuse à cause de la matière qui a donné lieu à son accroissement.* »

faix fort épais et charnu, partout uniforme, contenant une écuellée d'eau, au milieu de laquelle nageait une masse de chair très blanche et très solide, parsemée intérieurement de divers rayons d'os qui partaient d'un globe osseux, lequel approchait de la figure d'un crâne; il avait deux cavités semblables à celles des orbites, qui étaient remplies de deux vessies noires, revêtues l'une et l'autre d'une tunique pareille à celle qu'on appelle vuée (*sic*) dans l'œil, qui ne contenaient qu'une lymphe coulante, comme l'humeur aqueuse; cette espèce de crâne n'avait point d'autre cavité intérieure, mais seulement une cavité plate comme à peu près celle du palais; il ne paraissait point de vaisseaux dans cette masse, mais seulement quelques trous et porosités imitant celles des éponges. On voyait dans un coin de la même masse une manière de testicule semblable au jaune d'un œuf dur contenu dans son blanc, sans aucune altération de sa substance; les vaisseaux spermatiques étaient attachés à la masse à l'endroit du testicule, tenant lieu de vaisseaux ombilicaux, mais plus gros qu'ils ne sont dans l'état naturel; le malade n'eut jamais aucune douleur ni inflammation à la plaie qui se guérit plus tôt que les plaies, faites d'autres causes, n'ont coutume de faire dans ces sortes d'endroits; cette aventure fit courir un bruit qui dura quelque temps qu'un homme était accouché; comme j'étais pleinement informé de ce fait, cela m'excita d'en faire part à nos messieurs à Saint-Côme, ainsi que je viens de le dire, quoique cependant je n'estimasse pas que ce fût un vrai accouchement, puisqu'il est moralement impossible qu'il se trouve dans le scrotum d'un homme aucune partie qui ait rapport à celles de la femme qui sont affectées à la génération et à son progrès. »

Amand, dont j'ai conservé la ponctuation assez défectueuse, n'a pas donné d'autre explication de ce fait.

Avant d'aller plus loin, je dois faire remarquer que ces deux versions, rédigées d'après les lettres originales qu'elles résument et qui, malheureusement, n'ont pas été retrouvées dans les archives de l'Académie, contiennent toutes deux des lacunes, et qu'elles se complètent l'une par l'autre sur certains points.

D'abord les rapports du testicule avec la tumeur sont indiqués bien plus nettement par Dodart que par Amand, dont toute la description est un peu confuse. Ce dernier dit « qu'on voyait dans un coin de la masse une manière de testicule semblable au jaune d'un œuf dur dans son blanc. » — Dodart

s'exprime plus clairement : « Le testicule était comme enchassé dans l'extrémité de la masse charnue qui touchait aux vaisseaux spermatiques, *comme le jaune d'un œuf dur est dans le blanc* ». La comparaison était de Saint-Donat. L'expression « dans un coin de la masse » devait être aussi de lui, car on la retrouve dans le rapport de Dodart, qui, dans la relation du fait, l'avait remplacée par « l'extrémité de la masse charnue » ; expression plus élégante et en même temps plus précise, mais qui, malheureusement, n'était que la traduction de celle de l'auteur original.

Amand a passé sous silence les caractères des rayons d'os qui, partis du globe osseux, parsemaient intérieurement la masse de chair ; Dodard nous apprend que ces rayons, continus avec le globe, intimement unis avec lui dans leur principe, sans aucune séparation ni articulation, approchaient du cartilage vers leurs extrémités. Ce dernier détail est important, malgré sa concision, puisqu'il confirme ce que Du Verney en avait dit tout d'abord, tandis qu'Amand ne parle pas du cartilage. Ces arcs osseux terminés par des cartilages semblent être des vestiges de la cage thoracique.

Par contre, Dodart, qui était plus botaniste que médecin, n'a tenu que peu de compte de la partie chirurgicale du fait ; il parle bien de l'opération, mais laisse de côté ses suites, pansement et marche de la plaie, détails indiqués par Amand, *maître chirurgien juré*.

Enfin Dodart parlant du volume de la tumeur, dit qu'elle emplissait le scrotum ; Amand, au lieu de *scrotum*, emploie le mot *servaut*. M. Verneuil, qui a reproduit le texte d'Amand en corrigeant sa ponctuation, a remplacé *servaut* par *scrotum*. Je n'ai pu savoir si le mot *servaut* était usité à la fin du XVIIe siècle pour désigner les enveloppes du testicule ou si c'était une simple faute d'impression ; car il ne se trouve pas dans Littré, et d'autre part, scrotum, au moins depuis Ambroise Paré que Littré cite à propos de la signification de ce mot, est dans tous les traités d'anatomie, où *servaut* est inconnu, même dans ceux de la fin du XVIIe siècle et du commencement du XVIIIe. Je suis porté à croire à une faute d'impression, bien que la seconde édition de l'ouvrage d'Amand ait reproduit le terme suspect.

(*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

Remarques cliniques sur la gastrostomie, avec observations par Thomas JONES, chirurgien de l'infirmerie royale de Manchester. — Avant d'exposer les observations qui font l'objet de ses remarques, l'auteur trace rapidement une esquisse historique de la question et rappelle les travaux de Sédillot en 1849, de Verneuil en 1876 et de L.-H. Petit.

Depuis ces premiers travaux, l'opération a été fréquemment répétée. D'après la statistique de Blum, on constate que sur 131 gastrostomies, 85 fois l'opéré mourut avant le vingtième jour, ce qui donne une mortalité de 65 p. 100. 38 malades ont survécu pendant un temps variant de quelques mois à deux ans. En éliminant les gastrostomies pratiquées pour une affection cancéreuse de l'œsophage, on en trouve 25 qui ont été faites pour des rétrécissements non cancéreux. Dans 12 cas, la mort est survenue avant le vingtième jour, ce qui donne une mortalité de 48 p. 100. On obtiendrait plus de succès, suivant l'auteur, en opérant avant que les malades ne soient tombés dans l'épuisement.

Sur les six observations présentées par l'auteur, il y a 3 succès obtenus chez des femmes, âgées respectivement de 20, 50 et 39 ans, atteintes de rétrécissements non cancéreux de l'œsophage, situés chez la seconde à treize pouces, chez la troisième à 12 pouces de la bouche. (Distance omise chez la première.)

Chez la première de ces opérées, les liquides commencent à passer par l'œsophage et l'auteur espère tenter ultérieurement la dilatation. Chez la seconde, l'opération fut compromise par une péritonite limitée, et chez la troisième par un état de faiblesse alarmant.

Les six opérés ont été nourris exclusivement par le rectum pendant les huit jours qui ont suivi l'opération.

Parmi les trois morts, il y avait deux hommes et une femme. Les deux premiers succombèrent à la péritonite trente heures après l'opération. La femme, atteinte d'un rétrécissement cancéreux, mourut six jours après l'opération à la suite d'une injection intempestive de lait froid. Mais l'autopsie révéla la présence d'une péritonite qui évoluait silencieusement depuis plusieurs jours.

Le manuel opératoire suivi a été celui de Howse. Il consiste à retarder pendant quelques jours le second temps de l'opération (incision de l'estomac) pour assurer les adhérences qui s'opposent à l'introduction du contenu stomacal dans la cavité péritonéale. Il permet aussi l'emploi des précautions antiseptiques dans la première et la plus importante partie de l'opération. Il est supérieur au procédé des chirurgiens français qui cherchent à obtenir le même résultat au moyen d'une double rangée de sutures comprenant : la première, le péritoine pariétal et le feuillet séreux de l'estomac ; la seconde, les lèvres de l'incision cutanée et de l'ouverture stomacale. Pour éviter l'accident survenu à M. Maunder qui ouvrit le côlon transverse au lieu de l'estomac, Schœnborn conseille l'emploi d'un ballon de caoutchouc introduit dans l'estomac et insufflé pour faire saillir la paroi antérieure du viscère. Mais l'imperméabilité de l'œsophage ne permettra guère la plupart du temps l'application de ce procédé. (*The Lancet*, 9 août 1884.) — M. D. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 décembre 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

SOMMAIRE : Suites éloignées de l'ostéomyélite des adolescents; amputation sus-trochantérienne du fémur ; discussion. — Rapports : Polydactylie : amputation des doigts surnuméraires. — Bec-de-lièvre compliqué (gueule-de-loup) ; opération ; guérison ; discussion. — Présentation de malade : ostéotomie pour un cas de *genu valgum.*

Dans la dernière séance, M. VERNEUIL a fait une communication très intéressante, relative à une amputation sus-trochantérienne qu'il a pratiquée sur un malade atteint d'ostéomyélite très ancienne. Dans celle d'aujourd'hui, une discussion s'est engagée sur cette communication. Nous allons résumer aussi brièvement que possible et la communication de M. Verneuil et la discussion qui l'a suivie.

M. Verneuil dit qu'il est embarrassé pour donner un titre à sa communication : au point de vue de la médecine opératoire, on pourrait l'intituler : *De l'amputation sus-trochantérienne du fémur;* au point de vue clinique, elle devrait porter pour titre : *Des suites éloignées de l'ostéomyélite des adolescents.*

Quoi qu'il en soit, voici l'observation du malade.

Il s'agit d'un Français, établi à Londres, qui fit, à l'âge de 19 ans, une chute sur le genou, sans gravité apparente, mais qui fut suivie, deux mois après, d'accidents inflammatoires tellement graves du côté de la cuisse, qu'un chirurgien anglais de premier mérite, Williams Lawrence, crut devoir, deux jours après l'entrée du malade dans son service, lui pratiquer l'amputation de la cuisse à la partie moyenne.

La cicatrisation se fit lentement, après l'élimination de plusieurs séquestres. Ce ne fut qu'au bout de deux ans que le malade put supporter un appareil prothétique.

La guérison paraissait complète.

A 29 ans, le malade contracte la syphilis pour laquelle il lui fut administré beaucoup de mercure.

En 1876, vingt-quatre ans après son amputation, il fait une chute violente sur le moignon, suivie de douleurs très vives, d'inflammation et de la formation d'un abcès, qui fut ouvert, six semaines après, à l'hôpital Saint-Barthélemy. Il s'écoula un litre environ de pus extrêmement fétide, et la circulation n'eut lieu qu'au bout de deux mois, cette fois sans élimination de séquestre.

En 1878, sans autre cause apparente qu'un peu de fatigue, formation d'un nouvel abcès qui, incisé de bonne heure, guérit rapidement.

En 1880, autre abcès, de guérison plus lente.

En 1882, à la suite d'une chute d'un lieu élevé, le moignon, fortement contus, devient le siège d'une inflammation continue avec poussées phlegmoneuses incessantes.

Au mois d'avril 1884, il entre à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Verneuil.

L'état général était fort mauvais ; une suppuration abondante et d'odeur infecte s'écoulait par une foule de trajets fistuleux anciens ou récents. L'un d'eux, de couleur brunâtre, à bords taillés à pic, rappelle la physionomie des ulcérations syphilitiques tertiaires et fait penser à un retour possible de la syphilis ancienne.

Un bandage compressif est appliqué sur le moignon, en même temps qu'un traitement spécifique est prescrit.

L'état local s'étant amendé, l'exploration du moignon devint possible, et l'on put constater que le fémur était le siège d'une hyperostose occupant une étendue considérable.

Un abcès survint qui permit d'explorer le fémur et de reconnaître qu'il n'existait aucun point dénudé.

Fallait-il admettre une nécrose et faire la séquestrotomie? Se souvenant d'un cas malheureux, M. Verneuil se décida à pratiquer une nouvelle amputation, instamment réclamée par le malade, qui était à bout de forces et de patience.

Elle eut lieu le 2 juillet.

Considérant l'amputation de la cuisse, à sa partie la plus élevée, comme aussi grave que la désarticulation de la hanche au point de vue de l'hémorrhagie immédiate, et, redoutant les conséquences d'une perte de sang tant soit peu considérable chez un malade aussi affaibli, M. Verneuil résolut de mettre en usage le procédé qu'il préconise pour l'ablation totale de la cuisse : incision verticale mettant à nu les vaisseaux fémoraux ; ligature double de l'artère et de la veine ; section ovalaire ou, pour mieux dire, en raquette des parties molles avec un fort bistouri ; ligature successive des vaisseaux mis à nu ou coupés ; enfin, dénudation du fémur que l'on scie immédiatement au-dessous du petit trochanter.

A l'exception de la ligature préalable des gros vaisseaux, rendue difficile par l'induration inflammatoire chronique du tissu conjonctif, la section s'effectua régulièrement et avec une perte de sang insignifiante. Mais, lorsqu'il examina la surface sectionnée, M. Verneuil s'aperçut que la coupe avait porté sur une partie de l'os très altérée; en introduisant un stylet, il le fit pénétrer jusqu'à une cavité purulente, creusée dans la base du grand trochanter.

L'ablation de la partie supérieure de l'os étant donc reconnue indispensable, M. Verneuil le saisit avec la pince de Farabeuf et le sépara laborieusement des parties molles indurées et adhérentes.

Arrivé ainsi à l'union de la masse trochantérienne avec le col, il remarqua que celui-ci n'était pas hyperostosé et qu'il était entouré de tissu conjonctif souple et sain.

L'idée lui vint alors de ne point désarticuler et de sectionner simplement le col fémoral à sa base, ce qui fut fait très aisément et en quelques secondes.

Les suites opératoires furent des plus simples, et, dès les premiers jours de septembre, le malade, dont la santé s'était fort améliorée, put se lever et marcher avec des béquilles.

Il est aujourd'hui complètement débarrassé de ses douleurs, et, comme on peut le voir, il marche vite et bien avec ses béquilles.

L'examen de la pièce montre qu'il s'agissait ici d'une simple hyperostose sans séquestre.

M. Verneuil montre le grand intérêt de cette observation au point de vue de la pathogénie des abcès fétides ; il fait remarquer surtout, en terminant, que malgré l'intervention hardie du début, l'affection n'a pu cependant être complètement enrayée et a reparu au bout de trente-quatre ans.

L'observation plaide à la fois en faveur de la pratique des chirurgiens radicaux, qui veulent l'amputation dans les cas d'ostéomyélite diaphysaire ou diaphyso-épiphysaire, et pour la conduite des chirurgiens conservateurs qui conseillent de se contenter d'incisions larges avec drainage, en y joignant ou non la trépanation.

M. Trélat déclare n'avoir rien à dire de la question de médecine opératoire soulevée par la communication de M. Verneuil. L'amputation sus-trochantérienne que l'on pourrait également appeler *intra-collaire* peut avoir ses indications dans certains cas analogues à celui du malade de M. Verneuil, mais il est impossible de la juger actuellement d'une manière générale.

Quant à la question pathologique, l'observation de M. Verneuil ne paraît pas à M. Trélat présenter rien de très nouveau. L'ostéomyélite de longue durée a été fort bien décrite par M. Lannelongue; pour sa part, M. Trélat a eu deux fois l'occasion de pratiquer l'amputation de la cuisse dans des cas semblables à celui dont M. Verneuil vient de donner la relation : dans l'un de ces cas, l'ostéomyélite n'avait pas moins de quarante-trois ans d'existence, et, dans l'autre, trente-neuf ans, avec ses diverses phases

de poussées inflammatoires, d'abcès, de fistules s'ouvrant et se fermant pour se rouvrir et se refermer encore d'une manière presque indéfinie, jusqu'à ce que le malade, n'ayant plus ni repos ni trève, las de souffrir, implore l'amputation du membre.

Il y a assez longtemps déjà que M. Trélat, dans ses leçons cliniques sur les variétés d'ostéomyélite, a dit que, à part les ostéomyélites aiguës, connues encore sous les noms divers de typhus des membres, d'abcès sous-périostés aigus, de médullite aiguë, etc., que, à part cette forme, l'ostéomyélite a toujours une histoire, une longue histoire, un long passé.

Un point de la pièce présentée par M. Verneuil mérite d'être relevé, c'est que l'on n'y trouve pas de séquestre; il ne reste d'autre vestige du temps où Lawrence crut devoir pratiquer l'amputation de la cuisse à ce malade, que la trace persistante de deux abcès osseux et l'hypérostose, résultat d'une ostéite proliférante.

M. Berger met sous les yeux de ses collègues deux pièces pathologiques qui viennent à l'appui des idées professées par M. Verneuil. L'une de ces pièces a été recueillie sur un malade qui présente avec celui de M. Verneuil de grandes analogies.

Il s'agit d'un homme de 38 ans qui entra, il y a deux ans, à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Gosselin que M. Berger remplaçait à cette époque. Il était atteint depuis longtemps d'une ostéomyélite du fémur gauche.

Vers l'âge de 15 ans, il avait eu une fièvre paludéenne grave dont la longue durée l'avait beaucoup affaibli. A 19 ans, il fut pris tout à coup de douleur vive dans l'humérus gauche qui devint le siège d'un gonflement inflammatoire suivi d'abcès qui s'ouvrirent et restèrent fistuleux, mais sans expulsion de séquestre. On pouvait constater sur le bras de ce malade l'existence d'une hypérostose et des adhérences cicatricielles, vestiges de l'ostéomyélite ancienne.

A 24 ou 25 ans, nouvelle poussée inflammatoire survenant tout à coup sur la cuisse, accompagnée de douleurs atroces et de rétraction de la cuisse sur le bassin, suivie d'un abcès qui s'ouvrit au creux poplité, amenant un soulagement notable; l'abcès reste fistuleux, et, par l'ouverture fistuleuse, plusieurs séquestres successifs sont éliminés; la fistule persiste ainsi d'une manière ponr ainsi dire indéfinie, le malade continuant d'exercer sa profession de charretier.

Les choses restent en l'état pendant treize ou quatorze ans; à cette époque, cet homme est renversé par un camion qui lui fracture la cuisse malade; il entre à l'hôpital, et la consolidation s'effectue avec un raccourcissement de 10 à 11 centimètres.

Trois ou quatre mois après sa sortie de l'hôpital, les douleurs qu'il éprouvait habituellement dans le membre deviennent de plus en plus intenses, et s'accompagnent de l'issue d'une suppuration fétide par les orifices des fistules. Il entre alors à l'hôpital de la Charité.

Son aspect est celui d'un individu profondément cachectique; il est jaune, amaigri; il a constamment de la fièvre avec augmentation vespérale de la température; le foie et a rate sont augmentés de volume; il s'écoule par les orifices fistuleux du pus très fétide; le membre est tuméfié; l'ouverture d'un abcès permet de constater l'existence d'un nouveau séquestre très dur dans la profondeur de la plaie.

M. Berger pratique la séquestrotomie et retire de la partie postérieure du fémur un séquestre de 10 à 11 centimètres de long, noirâtre, éburné, très dur. Après cette extraction, la fièvre ne cesse pas, elle augmente, au contraire; au bout de quelques semaines, on constate tous les signes d'une fracture spontanée. L'état général est tellement mauvais que M. Berger hésite à pratiquer la désarticulation de la hanche.

Sur le conseil de M. le professeur Gosselin, il fait l'amputation sous-trochantérienne; il ne fallut pas moins de cinq minutes pour scier le fémur. Les suites de l'opération, après avoir donné pendant quelque temps de vives inquiétudes, furent favorables; l'état général, malgré une abondante suppuration du moignon, alla en s'améliorant, et le malade entra en convalescence dans l'asile de Vincennes, portant toujours une fistule qui se fermait et se rouvrait tour à tour.

Aujourd'hui le malade est à Bicêtre où M. Berger l'a fait admettre dans son service. Le moignon est excellent, parfaitement fermé malgré l'hypérostose; malheureusement, depuis la fermeture de la fistule du fémur, l'humérus, qui avait été autrefois le siège d'une ostéomyélite, a recommencé à devenir volumineux et douloureux, comme si par une sorte de balancement, la suppression de la suppuration dérivatrice du fémur avait réveillé l'inflammation latente de l'humérus.

Après avoir décrit les particularités que présente la pièce relative à ce malade, M. Berger insiste sur le fait du développement tardif de l'ostéite épiphysaire des adolescents, à la suite d'une cause ayant amené un affaiblissmment plus ou moins considérable de l'organisme, telle que les fièvres intermittentes paludéennes, etc.

Dans ces conditions de débilitation organique, une cause occasionnelle telle qu'un traumatisme, même peu violent, a pour effet de faire passer à l'état aigu l'ostéomyélite, qui était à l'état latent.

Aux faits cités par MM. Verneuil et Trélat d'ostéomyélite ayant duré pendant un très grand nombre d'années, 26, 30 et 43 ans, M. Berger pourrait ajouter l'exemple d'un vieillard de 72 ans qu'il a observé à Bicêtre, et qui, dès l'âge de 7 ans, avait eu une ostéomyélite de la jambe, qui a persisté jusqu'à sa mort, ayant eu ainsi une durée de 65 ans.

Dans toutes les pièces qu'il a eu l'occasion d'observer, M. Berger a toujours vu des séquestres en voie d'élimination ou de formation. Il en conclut que la nécrose est, en quelque sorte, l'aboutissant fatal de l'ostéomyélite de longue durée, et il s'explique pourquoi les anciens avaient fait de la nécrose une maladie spéciale, bien qu'elle ne soit qu'un épiphénomène de l'ostéite. Mais la nécrose se présente avec un tel caractère de permanence, qu'il y aurait lieu d'ajouter à la dénomination d'ostéite épiphysaire l'épithète de *nécrosante*.

Malgré les travaux de M. Lannelongue, M. Berger pense que la guérison est possible dans l'ostéomyélite. Il a observé des cas dans lesquels, après l'évacuation du pus, le périoste s'est recollé et la cicatrisation du foyer s'est effectuée et persistait encore au bout de six ans.

Bien que la plupart des ostéomyélites aboutissent à la formation d'un séquestre, M. Berger admet que la nécrose n'est pas la terminaison constante de la maladie ; certains cas se terminent par des abcès, d'autres par de la sclérose, d'autres par la formation d'une cavité fongueuse.

L'évolution se fait parfois d'une manière continue, subaiguë, très lente et sans exacerbation, comme chez le vieillard de 72 ans qu'il a observé à Bicêtre.

Le traitement de l'ostéomyélite varie suivant la forme aiguë ou chronique revêtue par la maladie. Si, dans la forme aiguë, la trépanation mérite d'être érigée en règle, dans l'ostéomyélite prolongée, au contraire, il convient, le plus souvent, de se borner à un traitement palliatif, ouvrir l'abcès, favoriser l'élimination des séquestres, tarir la suppuration, etc. Il ne faut recourir à une intervention radicale que lorsqu'il existe un danger évident pour la vie du malade.

L'amputation dans les parties malades laisse subsister une menace permanente; mieux vaut, comme M. Verneuil en a donné l'exemple par son opération sus-trochantérienne, enlever toute la partie malade, ou faire la désarticulation.

M. Terrier présente un malade entré dans son service pour une double ostéomyélite aiguë du fémur. Sur le côté droit, il a fait l'application d'une couronne de trépan à l'aide de laquelle il a recueilli du pus contenant de nombreux bacilles. Du côté opposé, il a ouvert, avec le thermo-cautère, un abcès sous-périosté dans lequel on a trouvé également des bacilles. L'état général du malade, qui était profondément altéré, s'est amélioré à la suite de ce traitement ; l'albuminurie a disparu, et ce jeune garçon, comme on peut le constater, marche parfaitement bien. Il a même pu faire jusqu'à 4 et 5 lieues à pied, sans fatigue. La guérison est complète.

M. Terrier admet que l'ostéomyélite est une maladie infectieuse, une intoxication générale produite par l'introduction dans l'organisme d'un microbe particulier parfaitement étudié par M. le professeur Cornil.

M. Trélat pense que l'évolution de l'ostéomyélite n'est pas fatale; s'il y a, dit-il, une maladie qui soit sous la dépendance d'un chirurgien éclairé, instruit, prévoyant, c'est l'ostéomyélite. Il n'est pas de chirurgien qui n'ait observé des cas semblables à celui du malade présenté par M. Terrier. La conviction profonde de M. Trélat est que l'ostéomyélite est une affection redoutable, mais curable quand elle est reconnue promptement et traitée avec énergie par l'incision du périoste et la trépanation de l'os, plus tard par l'ablation de toute la partie malade, suivant le précepte déjà formulé par M. Lannelongue. Mais le difficile est de déterminer tout ce qui est atteint par l'ostéomyélite.

Comme M. Terrier, M. Trélat reconnaît, d'ailleurs, que l'ostéomyélite est une maladie d'origine septicémique.

M. Marc Sée dit qu'il a pratiqué, il y a une dizaine d'années, l'opération de M. Verneuil; seulement, dans son cas, l'amputation sus-trochantérienne a été faite sur le membre supérieur, chez un enfant atteint de fracture du bras par arrachement.

M. Verneuil fait remarquer que ce qu'il y a de particulier dans son observation, c'est une amélioration de son malade équivalente à une guérison. Ces faits d'ailleurs ne sont

pas rares. Il a opéré, avant la guerre, le fils d'un commerçant atteint d'ostéomyélite et, depuis quatorze ans, la guérison ne s'est pas démentie. M. Pozzi a vu un malade guéri après trente-deux ans. Sans doute, on peut croire et dire que l'on guérit l'ostéomyélite, mais cette guérison n'est qu'apparente; en réalité, il reste une lésion qui persiste pendant toute la vie. *Restitutio ad integrum res rarissima;* physiologiquement, la chose peut sembler possible; anatomiquement, jamais. Vingt-cinq ans, trente ans, quarante ans après une ostéomyélite qui paraissait guérie, on voit, par l'action d'une cause minime, d'une contusion légère, par exemple, de nouvelles poussées inflammatoires se produire comme si l'organisme était sous la dépendance d'un état général qui ne demande qu'une occasion pour se révéler. L'ostéomyélite est une maladie générale dont la durée est éternelle.

En présentant son observation, M. Verneuil n'a pas cédé au vain désir de communiquer un fait intéressant; il a obéi à un motif d'ordre plus élevé. Il a voulu chercher pourquoi, vingt-quatre ans après une ostéomyélite énergiquement combattue par l'amputation du membre, une simple contusion a suffi pour ramener des accidents d'une gravité extrême. Pour lui, il pense que l'explication du phénomène gît dans la présence d'une lésion constante et permanente, d'une affection infectieuse et parasitaire, ce qui a été démontré par l'examen microscopique.

On a trouvé, en effet, des bacilles dans des abcès de la jambe et de la cuisse d'individus atteints d'ostéomyélite; on en a trouvé dans le sang et dans l'urine. Il existe donc là une maladie permanente dans un organisme habité constamment par un parasite. Et ce qui le prouve, c'est que l'abcès de l'ostéomyélite, quel que soit le nombre d'années écoulées depuis une première apparition, se reproduit aussi fétide que le premier et plein de bacilles dont l'existence remonte à quinze, vingt, vingt-cinq ans, et davantage.

M. Verneuil a vu des malades atteints d'ostéom yélite succomber, quinze ans après, à l'albuminurie.

Il y a donc, dans l'ostéomyélite, non seulement des lésions locales qui persistent, mais encore une affection générale permanente. Cette conviction est tellement entrée dans l'esprit de M. Verneuil, que, lorsqu'il constate l'existence de l'albuminurie chez un adulte, il n'oublie jamais d'examiner le squelette. Ténacité et pérennité, tels lui semblent être les caractères de l'ostéomyélite.

M. Terrier dit que le microbe de l'ostéomyélite a été reproduit par la culture et parfaitement étudié par M. Cornil. Suivant lui, ce microbe, en pénétrant dans l'organisme, y produit l'ostéomyélite aiguë, maladie parfaitement infectante, au même titre que la néphrite infectieuse et autres affections du même genre. C'est une affection générale avec localisations sur le système osseux. L'affection générale peut guérir, mais la lésion locale persiste, évoluant silencieusement, pendant un temps très long, jusqu'au jour où, sous l'influence d'un traumatisme ou de toute autre cause agissant sur le système osseux, elle reparaît et se manifeste de nouveau avec plus ou moins d'éclat.

M. Terrier distingue, d'ailleurs, l'ostéomyélite de la septicémie ordinaire et de la septicémie expérimentale, ainsi que d'une foule d'autres septicémies produites par des microbes spéciaux dont la variété est très grande.

L'ostéomyélite se développe sous l'influence d'un microbe inoculable, dans une certaine mesure, aux animaux sans produire sur eux des accidents comparables à ceux qu'il détermine chez l'homme.

M. Pozzi fait observer qu'il existe des néphrites non infectieuses, mais dégénératives, dans lesquelles l'intervention chirurgicale non seulement n'est pas contre-indiquée, mais peut amener les meilleurs résultats.

Chez une femme atteinte d'ostéite épiphysaire du tibia, suppurée depuis trente années consécutives, qui était albuminurique, complètement infiltrée, et dont l'état général était des plus graves, il a pratiqué l'amputation de la cuisse, à la suite de laquelle la malade, condamnée à mort, a parfaitement guéri.

Ce fait démontre que dans les néphrites cireuses on peut, en enlevant la cause, sauver la vie des malades et amener la régénération partielle de l'organe rénal.

— M. Berger fait un rapport sur deux observations de M. le docteur Houzel (de Boulogne-sur-Mer); l'une de ces observations a pour titre : *Polydactylie, amputation des doigts surnuméraires*; l'autre est intitulée : *Bec-de-lièvre compliqué* (gueule-de-loup) ; *opération ; guérison.*

— M. Lucas-Championnière présente un opéré qu'il s'était engagé à amener, en répondant, il y a quelques mois, à M. Trélat, à propos de la comparaison de l'ostéotomie et de l'ostéoclasie dans le traitement du *genu valgum.* Il disait qu'il pensait que la

guérison survenait plus vite après l'ostéotomie, et M. Trélat lui répondait que Mac-Even estimait qu'il fallait six mois pour obtenir une marche convenable.

Voici un garçon de 18 ans qui avait un *genu valgum* double avec écart des malléoles de 24 centimètres. Il y a quatre mois, M. Lucas-Championnière lui a coupé les deux fémurs. Ni douleur ni fièvre dans les jours qui ont suivi. Au bout de huit semaines, en essayant de marcher, il est tombé ; il s'est rompu son cal du côté gauche, ce qui a nécessité un séjour de trois semaines de plus au lit. Cette rupture a entraîné une déformation sensible de ce côté, tandis que le côté droit, qui était le plus dévié, est absolument régulier.

Malgré cela, la difformité est bien disparue; il marche très bien et revient de Vincennes actuellement. Il n'a eu ni hydarthrose ni insuffisance des ligaments. Il fléchit la jambe droite jusqu'à faire toucher le talon et la fesse. A gauche (siège de la fracture du cal), la flexion est un peu moins complète. Ce résultat est acquis en quatre mois, malgré un accident.

M. Lucas-Championnière a fait aussi dernièrement l'ostéoclasie, chez un enfant âgé de 12 ans, avec l'appareil Collin. Les résultats définitifs sont bons ; mais il avait eu, après l'opération, des douleurs atroces durant deux jours; il a eu de l'hydarthrose et de l'insuffisance des ligaments, rapidement disparues du reste.

Mais les suites ont été infiniment plus simples chez un homme que M. Lucas-Championnière a présenté il y a deux ans ; chez celui-ci, chez un jeune homme auquel il a dernièrement coupé la partie supérieure du fémur, et dans un autre cas de *genu valgum*, chez un jeune homme de 26 ans, encore dans son service à l'hôpital Tenon, et dont les fémurs, durs comme de l'ivoire, l'ont obligé à employer la main d'un aide pour la manœuvre du maillet pendant que l'on fixait l'ostéotome.

M. Lucas-Championnière croit l'ostéotomie beaucoup plus simple dans la plupart des cas, beaucoup moins effrayante, et surtout toutes les fois qu'il s'agit de sujets sortis de l'enfance. Les douleurs très vives, l'hydarthrose, le gonflement et l'insuffisance ligamenteuse secondaire témoignent que les grands efforts que l'on développe pour la fracture ne sont pas aussi innocents qu'on le dit volontiers. — A. T.

VARIÉTÉS

L'ÉPIDÉMIE D'HYSTÉRO-CHORÉE D'ALBON DANS L'ARDÈCHE.

C'est d'après le mémoire de notre estimé confrère, le docteur Bouzol, que nous résumons ces détails ; ce mémoire a paru dans le journal le *Lyon médical* de septembre et d'octobre dernier. L'épidémie débuta parmi les ouvrières en soie, jeunes filles travaillant dans la même usine. De l'hyperesthésie tactile, auditive et visuelle, une excessive impressionnabilité et des convulsions cloniques des muscles de la face, du cou, des épaules et du thorax en marquaient l'invasion chez presque toutes les malades. Une émotion ou l'irritation d'un des points hyperesthésiés suffisait pour provoquer ces paroxysmes pendant lesquels les malades levaient les bras au ciel, poussaient des cris et, par suite de spasmes des muscles inspirateurs, éprouvaient de véritables sanglots.

L'instauration d'une crise chez une malade était suivie immédiatement de crises semblables chez ses compagnes. Quelques-unes, enfin, avaient une tendance à l'hypnotisme et dormaient pendant quinze ou vingt heures sans qu'il fût possible de les réveiller.

Deux petits garçons présentaient les mêmes symptômes nerveux au moment où M. le docteur Bouzol fit sa première visite à l'usine. Tous les malades, au nombre de 7 jeunes filles et de 2 garçons, furent isolés ou dispersés, en même temps qu'on prescrivait le traitement bromuré et l'hydrothérapie. Quelques jours après, malgré l'inobservation de ces prescriptions par quelques malades, l'épidémie semblait terminée.

Il n'en était rien, car, après leur retour et leur réunion, les mêmes phénomènes se produisaient ; de nouvelles jeunes filles étaient atteintes. Chez elles, les spasmes des muscles du tronc avaient surtout pour siège les muscles inspirateurs et le diaphragme et pour effet la production d'un hoquet.

La première victime de l'épidémie est une petite fille très impressionnable, dont les manifestations morbides se propagèrent par imitation, comme dans l'épidémie du Bon-Pasteur à Amiens en 1848, de Josselin en Bretagne, des enfants de Morzines (Haute-Savoie) en 1857, et de Verzegnis (Italie) en 1878.

Enfin, sous l'influence d'une seule injection sous-cutanée d'une solution mixte de pilocarpine et d'apomorphine, on obtint la disparition des accidents chez presque toutes

les enfants. M. Sobatowski avait déjà auparavant employé ce moyen contre des manifestations hystériques, et ici il le prescrivit avec succès avec M. Bouzol. Pour quatre d'entre elles plus rebelles au médicament, on dut augmenter la dose de pilocarpine pour obtenir les mêmes effets favorables.

C'est, ajouterons-nous, comme on peut le voir au paragraphe du traitement de l'hystérie dans le savant *Traité des névroses* d'Axenfeld, si soigneusement complété et revu par M. Huchard, que cette action est comparable à celle des médicaments dits esthésiogènes. Ce serait donc une grave erreur d'interpréter ces faits en faveur d'une action soi-disant spécifique de la pilocarpine. Ces réserves faites, la description de cette épidémie fait honneur à la plume et à la sagacité clinique de notre confrère le docteur Bouzol. — C. E.

FORMULAIRE

Traitement de l'ophthalmie conjonctivale superficielle. — Warlomont.

Dans le cas d'ophthalmie conjonctivale superficielle légère, lorsque l'hyperémie conjonctivale est causée par la présence d'un corps étranger, d'un infarctus, d'un cil dévié, l'enlèvement d'un corps étranger suffit pour guérir l'inflammation. Eviter les lotions trop froides, une lumière trop vive, le vent, la poussière, la fumée de bois ou de tabac.

Si l'hyperémie conjonctivale est occasionnée par un service exagéré de la fonction visuelle, ou par quelque vice amétropique, on s'efforcera de corriger l'amétropie par l'usage de verres bien choisis, de diminuer la durée du travail et d'améliorer l'éclairage. En outre, pour diminuer la pression dans les vaisseaux capillaires et faire cesser la dilatation qui en est la conséquence, on aura recours aux fomentations froides, ou mieux aux projections d'eau sur les paupières fermées, obtenues au moyen d'appareils pulvérisateurs. La température de l'eau ne devra pas être inférieure à 18°. — Des astringents très légers, tels que l'infusion de thé vert, l'eau de rose, le sulfate de zinc à doses très faibles, répondent à la même indication. — N. G.

COURRIER

Nécrologie. — Nous apprenons la mort d'un jeune savant, le docteur C. Hamon, parti depuis deux ans en Abyssinie, où il avait été envoyé avec une mission scientifique. C'est au moment de revenir en France que notre malheureux ami aurait succombé, probablement emporté par les fièvres du pays. Esprit aventureux et intelligent, Hamon n'avait pas hésité le lendemain de sa thèse à solliciter le périlleux honneur de prendre part à ce voyage d'exploration, d'où il ne devait pas revenir. Ses amis et tous ceux qui l'ont connu ne penseront pas sans émotion à la fin prématurée de leur ancien camarade qui meurt à trente ans, loin des siens et de son pays, loin de ce Paris qu'il aimait tant, victime de la science et du devoir. Puissent-ils, par leur souvenir et leurs regrets, apporter quelque consolation à sa famille si cruellement éprouvée et à une mère inconsolable !

M. N.

Concours. — Les questions données jusqu'à présent pour l'épreuve orale du concours pour la nomination à trois places de médecin du bureau central sont : 1° des complications pulmonaires dans la fièvre typhoïde ; 2° de la dégénérescence graisseuse du cœur ; 3° le rhumatisme chronique primitif ; 4° pathogénie et symptômes des embolies pulmonaires ; 5° causes, symptômes et diagnostic de la névralgie sciatique ; 6° des angines de poitrine symptomatologiques.

Société de médecine de Paris. — Séance du 13 décembre 1884. — *Ordre du jour :* 1. M. Pineau (membre correspondant) : Ecthyma infantile gangréneux, par hérédité paludique. — 2. M. Abadie : Rapport sur la candidature de M. Dehenne, au titre de membre titulaire. — 3. M. Dubin : Rapport sur la nomination d'un membre honoraire. — 4. Elections du Bureau pour 1885.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

BULLETIN

Les directeurs de l'Assistance publique nous ont souvent donné de bonnes paroles; quelques-uns même, à ce qu'on assure, avaient un penchant pour le corps médical. Mais presque toujours ils en sont restés là, tant leur situation est embarrassante.

Aujourd'hui, l'administration est entre les mains d'un de nos confrères, et M. le docteur Peyron s'empresse de nous témoigner ses bons sentiments. Nous devons l'en remercier d'abord, et puis faire des vœux pour que les circonstances ne réduisent pas à néant les intentions libérales exprimées dans la circulaire qu'on va lire.

Monsieur le docteur,

J'ai l'honneur de vous informer que, par arrêté de M. le ministre de l'intérieur, en date du 7 novembre, j'ai été appelé, sur la proposition de M. le préfet de la Seine, à la direction de l'administration générale de l'Assistance publique.

Mon intention était de vous faire part de ma nomination dès le jour même de mon installation. Les circonstances tout exceptionnelles, dans lesquelles j'ai pris possession de mon poste, ne m'ont pas permis de remplir plus tôt ce devoir de courtoisie. Elles m'ont du moins donné l'occasion de constater, dès le premier jour, que les traditions de dévouement absolu aux malades et à la science, que le corps médical des hôpitaux de Paris reçoit et transmet, étaient toujours aussi vivaces.

Je n'ai pas à vous dire, Monsieur le docteur, le prix que j'attacherai toujours à vos avis et à votre concours dans la poursuite commune de notre mission charitable. Vous me trouverez certainement prêt à favoriser, dans la limite des ressources mises à ma disposition, les améliorations ou les réformes que vous croiriez devoir me signaler, et je considérerai comme l'honneur de mon administration de marcher, d'accord avec vous, dans la voie du progrès, n'ayant en vue, comme vous, que le soulagement des malades et des pauvres et l'intérêt des études médicales.

Agréez, etc. E. Peyron.

Eh bien, monsieur le directeur, dans l'intérêt des malades et des pauvres, dans l'intérêt des études médicales, il est une amélioration, une réforme que nous avons déjà signalée et sur laquelle nous appelons votre sollicitude. Vous venez au-devant de nos désirs dans des termes qui nous encouragent à vous prendre au mot.

La réforme dont il s'agit aurait l'avantage de ne pas coûter cher et de rester dans la limite des ressources mises à votre disposition.

Veuillez lire notre Bulletin du 27 novembre. Vous y verrez ceci : plusieurs services de Paris sont tellement chargés, que les titulaires, avec toute leur science et leur bonne volonté, n'en viennent pas à bout. En chirurgie surtout, l'activité d'un seul homme ne peut suffire à tant de besogne; les opérations, les pansements sont négligés en dépit des plus louables efforts · les malades souffrent et l'éducation des élèves se fait mal. Puisque le dévouement absolu aux malades et à la science, dont vous faites l'éloge en termes si flatteurs, ne peut être mis en cause, il faut accuser nos règlements surannés et la routine administrative qui a dû bien souvent, comme médecin, vous indigner.

D'une part, nous voyons des malades qui n'ont pas les soins nécessaires; de grands services, où abondent les richesses cliniques et les éléments de

travail, marchent à la débandade avec des chefs toujours pressés, des internes découragés, des bénévoles désorientés, des stagiaires absents. D'autre part, une douzaine de chirurgiens du Bureau central sont dans l'inaction, ne vous servent à rien, et demandent à poursuivre leur mission charitable en devenant titulaires. N'est-il pas étrange que, dans un pays comme la France et dans une ville comme Paris, des chirurgiens nommés au concours n'aient pas, à 40 ans, un service entre les mains?

Et l'enseignement clinique des hôpitaux? Comment s'occuper des étudiants qui suivent la visite, comment s'attarder aux démonstrations, aux examens détaillés, aux entretiens dont profitent le maître et l'élève, quand on n'a pas le temps de soigner ses malades?

J'ai parlé des services de Lariboisière et de Saint-Louis; j'aurais pu y joindre ceux des Enfants et de l'hôpital Tenon. 120 lits pour un seul homme, c'est exorbitant. Vous rappellerai-je que le professeur Lister, à Edimbourg, continuait ses travaux et ses découvertes fécondes dans une salle de 50 lits? Vous citerai-je l'opinion de MM. Trélat, Duplay et bien d'autres, conforme à la mienne?

Voilà. Monsieur le directeur, une occasion d'honorer votre Administration et de marcher, d'accord avec nous, dans la voie du progrès. — L.-G. R.

Hôpital Bichat. — Service de M. le Dr F. Terrier.

Kyste ovarique droit. — Ovariotomie. — Guérison.

(Observation recueillie par H. Hartmann, interne du service)

Mme Bailly, née Laurette, 14, rue de l'Echiquier, 48 ans, ménagère, entre le 21 novembre 1883, salle Chassaignac, lit n° 28, pour une tumeur du ventre. Depuis dix-huit mois environ, le ventre grossit peu à peu, mais la malade n'y avait jamais prêté une grande attention, lorsqu'il y a six mois, elle éprouva des douleurs abdominales vives, siégeant surtout dans la partie inférieure droite du ventre, accompagnées de vomissements et ayant nécessité l'alitement pendant huit jours. Il y a une dizaine de jours, réapparition de douleurs et de vomissements ; un médecin consulté constate l'existence d'un kyste et conseille l'entrée à l'hôpital.

Antécédents. — Père mort à 80 ans d'une attaque d'apoplexie. Mère actuellement vivante en bonne santé. Un frère et une sœur bien portants. Réglée à 14 ans, sans accident, toujours bien depuis cette époque ; ménopause il y a deux ans. Mariée à 24 ans, elle a eu trois enfants : le premier à 25 ans, le deuxième à 27, le troisième à 29 ; toutes les couches ont été bonnes. La malade n'a fait qu'une maladie dans sa vie : une scarlatine.

Le 24 novembre. — Ponction aspiratrice ser la ligne médiane un peu au-dessous de l'ombilic ; on retire ainsi une petite quantité de liquide jaune verdâtre.

Le 15 décembre. — Ventre développé dans sa portion sous-ombilicale, à peu près symétrique, saillant en avant. Pas d'altération de la peau, ombilic déprimé. A la percussion, matité occupant la région hypogastrique, la moitié inférieure de la région ombilicale, s'étendant à droite jusqu'à une ligne verticale qui passerait par l'épine iliaque antéro-supérieure, à gauche se terminant à trois travers de doigts plus en dedans. Au palper, cette région est remplie par une tumeur de forme générale arrondie, rénitente et fluctuante. Pas d'ascite.

Mensuration : 87 cent. de circonfér. ombilic. ; 14 cent. de l'ombilic à l'appendice xiphoïde, 26 cent. de l'ombilic au pubis, 21 cent. de l'ombilic à l'épine iliaque ant. sup. gauche.

Le toucher vaginal est rendu impossible par la présence de brides cicatricielles.

Pas d'œdème des membres inférieurs, pas de troubles de la miction ni de la défécation. Etat général excellent. Petit kyste dermoïde de la queue du sourcil droit. Pas de glycosurie ni d'albuminurie.

Le 18 décembre. — Ovariotomie par M. Terrier, aidé de M. Périer et de MM. Broussolles et Hartmann, internes du service. Incision médiane ; il s'écoule beaucoup de sang ; la malade s'agite et est mal anesthésiée. Ouverture rapide du péritoine ; écoulement

d'une petite quantité de liquide ascitique. On ponctionne le kyste, et l'on évacue ainsi environ 3 litres de liquide louche. Le kyste, qui est situé à droite et ne présente pas d'adhérences, est tiré peu à peu au dehors. Le pédicule est petit et tordu sur lui-même. On le sectionne entre deux pinces courbes et l'on y place deux ligatures. L'ovaire gauche est sain. Toilette du péritoine. Sept sutures profondes, deux superficielles. Lister complet. L'opération a duré 26 minutes.

La tumeur enlevée est formée d'une seule grande poche contenant 3 litres de liquide. Celui-ci a une coloration jaunâtre, trouble ; par le repos, il se forme à sa surface des paillettes brillantes en même temps que se déposent des flocons grisâtres. Il n'est pas visqueux. quoique un peu filant. Au microscope, on y trouve des cellules épithéliales polygonales, des globules sanguins, des paillettes de cholestérine, des granulations isolées et en amas. Le liquide mousse un peu par l'agitation, donne par l'acide azotique ou par la chaleur et l'acide acétique un précipité floconneux, par l'alcool un précipité blanc.

Le pédicule de la tumeur n'offre rien de particulier ; la trompe rampe sur la face antérieure de la tumeur. La face interne de la grande poche kystique, lisse et grise par places, offre dans sa plus grande partie une teinte jaunâtre, et un aspect mamelonné ; quelques-uns de ces mamelons atteignent et même dépassent le volume d'un pois ; en quelques points même se voient des masses du volume d'une noisette, lobulées, pédiculées, et qui, à la coupe, sont constituées par un tissu d'apparence sarcomateuse. Enfin, on remarque ça et là de petits kystes de la grandeur d'un pois.

Le 18 décembre. — Soir, 37°,8 ; 76 puls. ; 20 resp.

Le 19. — Matin, 38°,2 ; 80 puls. ; 22 resp. ; soir, 38°,8 ; 80 puls. ; 20 resp. La malade a passé une bonne nuit, à part un vomissement bilieux la veille au soir à neuf heures et un autre le matin à trois heures. Miction volontaire.

Le 20. — Matin : 38°8 ; 74 puls. ; 20 resp. ; soir : 38°1 ; 80 puls ; 24 resp. Emission gazeuse par l'anus. La malade a bu un litre de lait et mangé un potage.

Le 21. — Matin : 37°,2 ; 70 puls. ; 22 resp. ; soir : 37°6 ; 84 puls. ; 24 resp.

Le 22. — 37°,1 ; 37°,5. Pansement. On retire les deux fils superficiels et trois profonds.

A partir de ce moment, la température ne s'est jamais élevée au-dessus de 37°,5.

Le 24. — Deuxième pansement ; on retire les quatre derniers fils profonds.

A part un peu de diarrhée le 26 décembre, rien de particulier à noter jusqu'au 8 janvier 1884, jour où la malade sort guérie de l'hôpital.

Le 28 octobre. — L'état général est parfait. La cicatrice, longue de 13 centimètres est un peu hypertrophiée. Il y a une éventration notable qui serait due à ce que la malade est restée trois semaines sans ceinture.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1884.

La vigilance administrative et le choléra d'Yport.

Notre estimé confrère du Havre publie, dans la *Revue scientifique* du 6 décembre dernier, un récit du choléra d'Yport. L'autorité scientifique de M. Gibert donne une incontestable valeur aux réflexions qu'il fait sur les dangers « de notre incohérent régime sanitaire » et l'indifférence coupable de nos hommes d'Etat, dont aucun n'a songé, « depuis trente-six ans, c'est-à-dire depuis Fourret, à attacher à son nom l'honneur de « cette œuvre éminemment patriotique : la réforme de nos institutions sanitaires. »

On menait grand bruit, il y a deux ou trois mois, autour des instructions ministérielles, des arrêtés cholérifuges et des fameuses mesures de désinfection ou de surveillance dans les gares de chemins de fer. Elles devaient arrêter le choléra au passage, tuer le microbe et cantonner l'épidémie dans les départements primitivement contaminés. Or, voici que l'équipage, jusque-là indemne, d'un navire de pêche, débarque à Cette ; deux hommes y contractent le choléra : l'un meurt à l'hôpital de la ville, l'autre décède en quelques heures, et sept de leurs camarades sont atteints de cholérine spécifique.

Ceux-ci prennent le chemin de fer pour regagner le département de la Seine-Inférieure : l'un succombe du choléra à Tarascon, son sac reste dans les fourgons du chemin de fer, puis à Paris à la consigne de Lyon. Pas plus à leur passage à Fécamp qu'à leur départ, ces marins ne furent l'objet d'aucune mesure sanitaire ; et deux d'entre eux arrivent à Yport le 28 septembre, où, on le sait, six jours après, l'épidémie débutait en frappant une femme qui avait lavé le linge de l'un des marins.

Du 5 au 22, on enregistre 7 décès cholériques, dont la nature n'était pas douteuse,

puisqu'elle avait été constatée par l'estimé docteur Gosset, membre du Conseil d'hygiène de Fécamp, et M. Cocatrice, l'honorable médecin des Loges. Le maire d'Yport ne s'en émut guère et le choléra devint un secret municipal. Il fallut un avertissement de M. Duterte, maire de Criquebœuf, pour attirer l'attention du maire du chef-lieu de canton, et, par son intermédiaire, celle du sous-préfet du Havre, qui informa enfin le préfet.

L'épidémie passait ainsi à l'état d'affaire administrative; cette déclaration suivit la filière, et le principe de la hiérarchie officielle était sauf. Seulement, le choléra n'avait cure de ces négligences ou de ces subtilités; sans attendre, il continuait ses ravages sous l'œil indifférent de la municipalité. A cette période, les mesures sanitaires auraient été opportunes, je dirai même efficaces; nous n'en voulons pour preuve que les bons résultats obtenus par celles que M. Gibert prescrivait quelques jours plus tard.

Après cela, comment ne pas admirer la vigilance officielle depuis Cette jusqu'à Yport, en passant par Tarascon, Paris et Fécamp? Elle attend, et nous attendons pour elle, ici comme ailleurs, à défaut de la Légion d'honneur, que tout le monde réclame, du Mérite Agricole que peu ambitionnent, la croix future du Mérite Cholérigène! — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 décembre 1884. — Présidence de M. Alph. Guérin.

M. Panas présente à l'Académie : 1° De la part de M. le docteur Ernest Lagarde (de Pau) un « Manuel memorandum à l'usage de l'accoucheur et de la sage-femme »; — 2° de la part de M. le docteur H. Mireur une « Etude historique et pratique sur la prophylaxie et le traitement du choléra, basée sur les observations fournies par l'épidémie de Marseille en 1884 ».

M. Béchamp fait hommage à l'Académie de son « Mémoire sur les matières albuminoïdes ».

M. Maurice Perrin présente, de la part de M. le docteur J. Ehrmann (de Mulhouse), une « Note sur un cas d'opération d'Estlander ».

M. Jules Lefort, au nom de la commission des eaux minérales, lit une série de rapports sur des demandes en autorisation d'exploiter de nouvelles sources pour l'usage médical.

Les conclusions de ces rapports sont adoptées sans discussion.

M. Proust donne lecture d'une « Note sur un mode possible d'inoculation de la pustule maligne ».

Un homme de 43 ans, exerçant la profession de boucher, entrait le 24 septembre à l'hôpital Lariboisière. Il présentait, au-dessus de l'arcade sourcilière droite, une pustule charbonneuse de 2 centimètres de diamètre environ. Le centre est formé par une vésicule renfermant de la sérosité roussâtre. La paupière présente un œdème considérable. L'avant-bras gauche présente également une pustule charbonneuse. — L'état général est grave : il y a des frissons répétés; la température est de 40°5. Pas d'antécédents héréditaires; un phlegmon, comme antécédents personnels. Il travaille à l'abattoir. Le 20 septembre, il se livre à ses travaux ordinaires, consistant à tuer et à dépecer les moutons, qui, ce jour-là, provenaient de Russie. Le 21, il remarque un petit bouton sur la face dorsale de l'avant-bras et ressent une démangeaison douloureuse au-dessous de l'arcade sourcilière droite. Le 22, la fièvre se déclare. Le 24, il entrait à l'hôpital.

Le traitement fut le suivant : application de pâte de Vienne pendant 20 minutes au front, 15 minutes au bras; incision des eschares qui se produisirent, et introduction, dans les parties incisées, de charpie trempée dans une solution phéniquée au 20e. Enfin l'on injecta, dans les zones œdématiées, en 12 points différents, 5 gouttes d'une solution renfermant 100 gr. d'eau distillée, 1 gr. de teinture d'iode et 3 gr. d'iodure de potassium.

Le lendemain, la température s'abaisse à 37°5; l'œdème a diminué et disparaît complètement le 26.

Le 10 octobre, les eschares se sont détachées; le 23, la plaie du bras était cicatrisée, celle du front à peu près guérie : depuis, le malade a quitté l'hôpital avec deux ou trois petits ganglions qui ont persisté dans la région post-auriculaire.

De cette observation peuvent se tirer les deux conclusions suivantes :

1° Au point de vue pathologique:

Après plus de trois fois vingt-quatre heures de maladie, avec une fièvre extrêmement vive, une température de 40°5, un gonflement énorme, un état général très grave, une pustule maligne peut encore être rapidement guérie par un traitement énergique.

2° Au point de vue hygiénique :

Les moutons de la partie méridionale de la Russie peuvent présenter dans leurs tissus des sortes de piquants : ce sont les graines du *stipa tortilis*. Il y a, à cet égard, des mesures sanitaires à prescrire, et au point de vue du danger que peut causer chez le consommateur l'ingestion de la viande provenant de ces moutons, et au point de vue de la possibilité de l'inoculation chez les individus qui les dépouillent des maladies infectieuses dont ces animaux sont atteints.

M. Colin (d'Alfort) rappelle que les travaux publiés dans ces dernières années sur le charbon ont montré la fréquence de la propagation de cette maladie par les moutons russes. Ils ont été la cause de maintes épizooties charbonneuses et de nombreux accidents sur l'homme.

Quant à la guérison de la pustule maligne après l'apparition des accidents généraux, c'est là un fait souvent observé chez les animaux.

Chez le chien, par exemple, on développe très facilement la pustule maligne et on la guérit alors même que le sang de l'animal contient de nombreuses bactéridies. Ces bactéridies peuvent périr dans le sang même en l'absence de tout traitement.

En ce qui concerne le mode d'inoculation de la pustule maligne par les moutons, M. Colin fait observer que cette inoculation peut s'effectuer, alors même que l'animal n'est pas charbonneux, par les pointes aiguës de diverses parties de plantes, telles que les capitules de bardane, des fragments de charbon étoilé, etc., qui se fixent dans le feutrage de la laine des moutons ; lorsque ces débris sont imprégnés de virus charbonneux, ils peuvent servir de véhicule au virus par l'intermédiaire des aspérités piquantes dont ils sont armés.

M. Proust fait remarquer que les piquants de la plante, dont il a mis des spécimens sous les yeux de l'Académie, ne se rencontrent pas seulement dans la laine des moutons russes, mais encore dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans la graisse et jusque dans la chair musculaire.

M. Dujardin-Beaumetz est appelé à la tribune pour exposer quelques considérations sur la marche de l'épidémie de choléra qui s'éteint en ce moment à Paris.

Le début de l'épidémie a eu lieu dans la nuit du 3 au 4 novembre. A ce moment, on ne saurait trop le redire, l'état sanitaire, à Paris, était aussi excellent que possible.

Dans la nuit du 4, au n° 132 de la rue Saint-Antoine, un individu employé dans un lavoir, adonné aux boissons alcooliques, fut pris d'une attaque de choléra. M. Dujardin-Beaumetz, qui vit le malade, crut d'abord à un cas de choléra nostras; mais, dès le lendemain, des cas analogues éclatèrent dans divers quartiers de Paris ; le doute ne fut plus possible; il s'agissait bien du choléra épidémique.

M. Dujardin-Beaumetz fait remarquer, à ce sujet, combien est erronée l'opinion d'après laquelle, le premier cas de choléra étant connu, il serait possible d'arrêter l'épidémie en isolant le malade. Mais, ici, on peut se demander quel a été véritablement le premier cas, puisque des cas analogues se sont montrés en même temps de tous les côtés à la fois.

On voit, sur un graphique mis par M. Dujardin-Beaumetz sous les yeux de l'Académie, qu'à partir du début, l'épidémie a été constamment en augmentant jusqu'au 10 novembre, jour où le nombre des décès a été de 110; à dater de ce jour, elle a été constamment en diminution ; aujourd'hui, on compte à peine 1 décès par jour, et même il y a des jours où il ne se produit pas du tout de décès.

La mortalité totale, pour la ville de Paris, s'est élevée au chiffre de 912 décès, sur lequel il y a eu 530 hommes et 381 femmes.

La proportion, relativement à la population actuelle de Paris, a été de 4,07 pour 10,000 habitants. Dans les épidémies antérieures de 1832, 1849, 1854 et 1873, elle a été:

En 1832, de 234,16 pour 10,000; en 1849, de 185,31 ; en 1854, de 78,84 ; en 1873, de 4,617.

Ces résultats comparatifs montrent que la mortalité a été constamment en diminuant dans les épidémies successives qui ont atteint Paris, y compris l'épidémie actuelle.

On a vu que les femmes avaient été moins atteintes que les hommes; mais il n'en a pas toujours été de même dans les diverses épidémies.

En 1832, par exemple, les femmes furent plus atteintes que les hommes; en 1849

et 1854, les hommes furent plus atteints que les femmes ; en 1873, les femmes furent plus atteintes que les hommes.

Si maintenant l'on compare les chiffres de la mortalité des épidémies de Toulon et de Marseille à ceux de Paris, on trouve qu'à Toulon, il y a eu 669 décès sur une population de 70,000 habitants réduite, il est vrai, à peu près de moitié par l'émigration en masse des gens que la peur chassait de la ville; c'est une proportion de 138,43 pour 10,000 habitants.

A Marseille, la mortalité totale a été de 1781 décès sur 360,099 habitants, ce qui fait 40,94 pour 10,000 habitants. Ici, encore, il faudrait doubler les chiffres à cause de la diminution de la population au moment de l'épidémie.

La mortalité totale de la ville de Paris (912) se répartit inégalement suivant les arrondissements et les quartiers.

L'arrondissement le plus frappé a été le VIIe, si l'on y comprend le chiffre de la mortalité exceptionnelle qui frappa l'asile des vieillards de l'avenue de Breteuil, situé dans cet arrondissement. La mortalité s'est élevée à 12,60 pour 10,000. Si on retirait la mortalité de cet asile, cet arrondissement, au contraire, a été l'un des moins frappés, puisque cette mortalité s'élèverait seulement à 4,60.

Puis viennent: le XIXe, avec une mortalité de 8,82 ; le XIe, avec 8,07 ; le XIIe, avec 7,71.

Les moins frappés ont été : le IXe, avec une mortalité de 0,40 ; le VIIIe, avec 1,01.

La répartition par quartiers montre un maximum de mortalité pour celui de l'Ecole militaire, toujours pour la même circonstance de la présence dans ce quartier de l'asile de l'avenue de Breteuil ; la mortalité a été de 39,50 ; puis viennent le quartier Sainte-Marguerite, 12,91 ; les Quinze-Vingts, 12,90, et, enfin, le Pont-de-Flandre, 12,59.

M. Dujardin-Beaumetz donne quelques détails sur la petite épidémie de l'asile de Breteuil. Cet asile contenait 217 vieillards des deux sexes. Le choléra y éclata le jeudi 6 novembre et y fit rapidement de nombreuses victimes, pas moins de 71, sur lesquelles on compte 47 hommes et 24 femmes, dont 2 religieuses qui avaient soigné les malades avec le dévouement le plus admirable.

On a prétendu que la maladie, dans cet asile, avait été provoquée par une sorte d'empoisonnement par des moules avariées. L'enquête a prouvé qu'il n'existait rien de semblable ; il a été impossible de découvrir le point de départ de l'épidémie.

Le quartier Sainte-Marguerite présente, en quelque sorte, l'idéal de l'insalubrité et de la malpropreté. Cette rue renferme 47 maisons, logeant une population nomade de 2000 habitants, 35 sont des garnis. Sur ces 47 maisons, 18 ont été frappées ; 16 appartiennent à des garnis, 2 à des appartements non garnis. C'est le n° 27 qui contient 50 locataires qui a été le plus atteint, car il y a eu 7 décès.

Le nombre total des cas de choléra constatés dans la rue Sainte-Marguerite a été de 43 et le nombre des décès 25. C'est plus de la moitié du nombre total des décès du quartier Sainte-Marguerite où il y a eu 81 cas et 45 décès.

Grâce aux soins énergiques pris par le docteur Mouton et par le commissaire de police, l'épidémie, dans cette rue, paraît s'être arrêtée sur place, et dans les maisons atteintes on a compté 1 à 2 décès au plus, 5, comme il a été dit tout à l'heure, chiffre bien minime, lorsque l'on songe au nombre de locataires de chacune de ces maisons, près de 300 pour l'une d'elles, et aux mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles se trouvent placés les habitants.

On peut se demander, continue M. Dujardin-Beaumetz, si le choléra de Paris doit être considéré comme une épidémie bénigne ? Non, dit-il, le choléra de Paris a eu la même morbidité que celui de Toulon, de Marseille et de Nantes. La comparaison des chiffres suivants en fait foi.

A Toulon, d'après la statistique de l'hôpital civil dressée par M. le docteur Cunéo, il y a eu 221 entrées et 123 décès, soit une mortalité de 65,779 p. 100.

A Marseille, d'après la statistique de M. le docteur Duranty, il y a eu 659 entrées et 337 décès, soit une mortalité de 55,916 p. 100.

A Nantes, d'après la statistique de M. le docteur Bonamy, la mortalité a été de 50 p. 100

A Paris, sur 1037 entrées, le nombre des décès a été de 567 ; mortalité, 54,49 p. 100.

La mortalité a donc été à peu près la même à Toulon, à Marseille et à Nantes qu'à Paris. Ces épidémies ont été partout remarquables par le chiffre relativement peu considérable de la morbidité. Ce résultat doit être attribué, suivant M. Dujardin-Beaumetz, à l'organisation intelligente des secours et au zèle des médecins préposés aux soins des malades, à l'intervention des commissaires de police qui ont partout secondé les efforts des médecins et rendu possible l'application des moyens nécessaires pour combattre le

mal, au fonctionnement de nombreuses voitures de transport qui ont rendu les plus grands services pour le transport des malades dans les hôpitaux, enfin à l'organisation d'un corps de désinfecteurs qui n'a pas été moins utile et moins efficace dans l'accomplissement de la tâche si importante qu'il avait à remplir.

Lorsque le grand problème qui se rattache à la question des vidanges aura été résolu, quand la population aura partout à boire de bonne eau de source, il y a lieu d'espérer que l'application intelligente des mesures d'hygiène suffira pour préserver l'humanité des atteintes de nouvelles épidémies cholériques.

M. Hardy regrette que M. Dujardin-Beaumetz se soit borné à un simple exposé statistique et n'ait pas tiré des faits dont il a parlé la conséquence morale qu'ils comportent.

Ce que M. Hardy croit devoir faire ressortir, c'est le fait que l'épidémie de Paris n'a pas eu la physionomie des autres épidémies, non plus que celle des épidémies de Toulon et de Marseille; c'est qu'elle semble donner un démenti éclatant à tout ce que nous croyions savoir touchant la marche, la durée, la propagation de la maladie.

D'abord, le choléra a éclaté à Paris au moment où, de l'avis unanime, l'état sanitaire de la ville était parfait; il n'y avait pas ombre de ces diarrhées dites prémonitoires, auxquelles M. Jules Guérin a fait jouer un si grand rôle; s'il est resté quelque doute sur l'état sanitaire de Toulon et de Marseille, au moment où le choléra s'est montré dans ces localités, ce doute ne saurait être admis pour Paris, où il n'y avait alors ni dysentéries, ni entérites, ni diarrhées.

Quant au mode de propagation du choléra de Paris, M. Hardy demande s'il a été celui des maladies contagieuses qui vont dans les rues, de numéro en numéro, pour ainsi dire de porte en porte, envahissant tout successivement sur leur passage? Loin de là, on a vu le choléra de Paris envahir, en moins de trois jours, toute la ville et se montrer sur tous les points à la fois. On n'a pas su comment l'épidémie y avait commencé ni comment elle s'y était étendue.

A Toulon et à Marseille, on avait pu suivre la filière des cas; à Paris, on a manqué absolument de fil conducteur.

La marche du choléra de Paris déroute complètement les idées que l'on avait sur la contagion de cette maladie. On a inculpé les eaux. Quelles eaux? M. Hardy a vu mourir du choléra un homme appartenant à la classe aisée et qui ne buvait que de l'eau minérale! Pour lui, la véritable source de la diffusion de la maladie, c'est l'air atmosphérique. Dans tout ce qui s'est passé à Paris, il ne peut s'empêcher de trouver une objection capitale aux idées de propagation du choléra par les malades. Dans la rue Sainte-Marguerite, par exemple, où existent des maisons ne contenant pas moins de plusieurs centaines de locataires, c'est à peine si l'on a vu deux ou trois cas par maison, bien que tous les habitants de ces maisons eussent à subir les mêmes influences hygiéniques mauvaises. M. Hardy veut bien croire que les mesures prises par l'autorité administrative aient pu rendre quelques services; mais du moins elle eût dû les prendre sans le dire aussi haut. Le bruit qu'elle a fait a effrayé et mis en fuite pas mal de gens qui seraient restés, et empêché de rentrer bien d'autres qui n'auraient pas mieux demandé que de revenir. Les descentes de la police dans les maisons, les fumigations antiscientifiques auxquelles on soumettait malgré eux les malades et leurs appartements, sous prétexte de détruire des parasites dont on ne connaît encore ni la nature, ni la forme, ni le nom; tous ces procédés, aussi hasardeux qu'absurdes et arbitraires, ont soulevé partout de légitimes protestations dont M. Hardy ne craint pas de se faire l'écho devant l'Académie.

M. Dujardin-Beaumetz répond à M. Hardy que, pour résoudre le problème de l'origine du choléra de Paris, il faudrait faire une enquête à laquelle il n'a pas été encore possible de se livrer. Quant à la question de la propagation par les eaux, il est difficile de savoir exactement quelle est la nature de l'eau que boivent les habitants des divers quartiers de Paris; c'est donc une question à réserver. Enfin, en ce qui concerne les mesures prises par l'Administration et qui ont tant excité la verve critique de M. Hardy, M. Dujardin-Beaumetz demande comment elles auraient pu être appliquées sans l'intervention de la police, et si on les avait laissées à la libre acceptation des familles? Les mesures d'hygiène ne sont acceptées que si elles sont imposées.

M. Hardy repousse les mesures de désinfection par la raison, dit-il, que l'on ne connaît pas encore la nature du choléra. Mais on ne connaît pas davantage la nature de la fièvre typhoïde, ce qui n'empêche pas que, lorsqu'une caserne a été infectée par la maladie, on procède à sa désinfection pour pouvoir la rendre réhabitable sans danger. On peut donc, sans connaître le germe ou le parasite du choléra, procéder à la désinfection des pièces où des malades ont séjourné, dans le but de les rendre inoffensives. Dans les

bouges de la rue Sainte-Marguerite, encombrés de choses infectes et sans nom, il n'a pas fallu moins que l'accord de deux pouvoirs : celui du médecin et celui du commissaire de police, pour arriver à appliquer les mesures de désinfection, si utiles, si légitimes et si indispensables. (Applaudissements.)

M. Proust ne saurait admettre avec M. Hardy qu'il y ait eu doute sur l'état sanitaire de Toulon et de Marseille au moment de l'apparition du choléra. Pas plus dans ces villes qu'à Paris, l'épidémie n'a été précédée de la constitution prémonitoire de M. Jules Guérin. C'est l'opinion unanime exprimée par tous les médecins de Toulon et de Marseille, à de très rares exceptions près. De plus, la statistique a montré que partout, pendant l'année 1884, les affections intestinales avaient été moins fréquentes que les années précédentes.

Quant à la question de l'influence de l'air et des eaux sur la propagation du choléra, M. Proust pense que chacun de ces agents joue son rôle dans cette propagation, et il cite des faits qui viennent à l'appui de cette assertion.

M. Béchamp estime que l'air joue dans la propagation du choléra un rôle prépondérant, et il s'appuie sur le nombre incalculable de microzymas ou germes cholériques contenus dans l'air (des milliards par mètre cube) pour légitimer son opinion; il invoque, en outre, la marche de l'épidémie de Paris, qui a éclaté au même moment sur plusieurs points à la fois, pour montrer que les eaux, si tant est qu'elles jouent un rôle, n'ont qu'une influence secondaire dans cette propagation.

D'ailleurs, les microzymas cholérigènes, après avoir pénétré dans l'organisme par les voies de l'air, n'agissent que s'ils trouvent l'économie en état d'aptitude ou d'opportunité morbide, sous l'influence soit de l'alcoolisme, soit de toute autre cause de débilitation.

M. Hardy se défend d'avoir voulu nier les propriétés contagieuses du choléra; il a voulu simplement montrer qu'à Paris l'épidémie n'avait pas paru se propager, en général, des individus malades aux individus sains, mais plutôt par l'infection de l'air atmosphérique.

La conséquence morale et consolante, suivant lui, de cette notion, c'est que l'on peut soigner les malades atteints de choléra sans courir le risque de contracter, par ce fait, la maladie. Il en est de la contagion du choléra comme de celle de la fièvre typhoïde : on ne sait pas comment elle se produit ; mais, en somme, elle serait moins flagrante qu'on ne l'a cru, et le choléra devrait être plutôt rangé parmi les maladies infectieuses que parmi les contagieuses.

M. Hardy ajoute que, s'il a incriminé, peut-être à tort, la conduite de l'Administration pendant le choléra de Paris, il est prêt à reconnaître qu'elle a déployé le zèle le plus louable et qu'elle a rendu, en somme, de réels services.

On ne saurait en dire autant de la presse, qui a sa lourde part de responsabilité dans cette circonstance, et qui a fait un mal immense en répandant, par des articles au moins inconsidérés, remplis de détails plus ou moins erronés, la terreur dans la population. Il est fâcheux que les journalistes n'aient pas mieux compris leurs devoirs.

— Le Roy de Méricourt, au nom de la commission du choléra, donne lecture d'un nouveau rapport sur les travaux adressés à l'Académie concernant le traitement de cette maladie.

M. Le Dentu présente un malade auquel il a pratiqué avec succès, il y a plus de trois ans, l'extirpation du rein gauche.

Il s'agissait alors de faire une fistule urinaire inguinale qui résultait de l'incision d'une hydronéphrose dans la fosse iliaque.

La néphrotomie avait fait cesser immédiatement tout écoulement d'urine, mais au moment où l'observation a été communiquée à l'Académie il restait une fistule purulente, à laquelle aboutissait un trajet d'une certaine longueur occupé par un tube à drainage.

Ce tube fut laissé en place jusqu'à ce que l'écoulement du pus fût réduit à presque rien. Il ne fut enlevé qu'au mois de février 1883 et dès le surlendemain l'orifice était fermé définitivement.

Depuis cette époque la guérison s'est maintenue, sans qu'il soit survenu le moindre trouble dans la santé de l'opéré.

Une cicatrice infundibuliforme occupe la place de l'ancienne fistule. La région lombaire gauche est souple et indolente à la pression. Du côté droit il n'y a rien d'anormal.

L'urine est sécrétée en quantité normale (1200 à 1500 gr. par 24 heures). Elle ne

contient aucun élément étranger à sa composition physiologique. Il est impossible par la palpation ou la percussion d'arriver à reconnaître l'hypertrophie dont le rein droit doit être le siège.

Le cœur a des dimensions normales. Aucun signe d'hypertrophie de cet organe n'est révélé ni par l'auscultation, ni par le tracé sphygmographique du pouls.

— La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 22 novembre 1884. — Présidence de M. Polaillon.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance imprimée comprend : Le *Progrès médical*, — la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, — la *Revue médicale et scientifique d'hydrologie et de climatologie pyrénéennes*, — le *Journal d'hygiène*, — le *Concours médical*, — le *Compte rendu général des Académies et Sociétés médicales*, — les *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, — le *Journal des sages-femmes*, — la *Revue des travaux scientifiques*.

M. Pineau, membre correspondant, adresse une note sur un cas d'ecthyma infantile gangréneux.

M. Apostoli présente, au nom du docteur Carlet, une thèse intitulée : *Du traitement électrique des tumeurs fibreuses de l'utérus, d'après la méthode du docteur Apostoli.*

M. Christian présente un bout de tuyau de pipe et trois cailloux trouvés dans l'espace sus-glottique, chez un dément. Le malade s'est éteint, avec des phénomènes de refroidissement, par une asphyxie lente qui n'avait pu être diagnostiquée et sans présenter aucun symptôme d'asphyxie aiguë, ni toux. Il avait l'habitude de ramasser des pierres et d'autres objets qu'il trouvait sous ses pas, et son estomac renfermait un grand nombre de corps étrangers.

M. Cyr lit un travail sur la cholécystotomie et ses indications. (Sera publié.)

M. Ladreit de la Charrière ne croit pas que la ponction de la vésicule biliaire, même avec un trocart capillaire, soit toujours innocente, dans les cas où il n'y a pas d'adhérences préétablies; on ne peut assurer qu'une goutte de bile ne puisse suinter dans le péritoine et déterminer des accidents graves.

M. Richelot croit également au danger possible d'une ponction capillaire de la vésicule. On en a des exemples dans l'histoire des kystes hydatiques du foie, et il relate l'histoire d'un malade qui avait été ponctionné deux fois pour un kyste hydatique du foie. Il parut se faire une troisième récidive; on constatait l'existence d'une grosse poche, et M. Richet, dans le service duquel se trouvait le malade, résolut de l'ouvrir par le procédé de Récamier, l'application de caustiques. M. Richelot prit le service à ce moment; et, à la chute de l'eschare, il enfonça dans la cavité un gros trocart; il s'écoula un liquide purulent; il fit une injection phéniquée, mais le malade succomba à une péritonite suraiguë. On trouva à l'autopsie la preuve d'une péritonite suppurée à marche lente, larvée, qui avait succédé aux ponctions capillaires antérieures et avait simulé une récidive de kyste. Quant à celui-ci, il était ratatiné dans le tissu hépatique, et à peu près guéri. La moindre piqûre peut amener l'issue du liquide dans le péritoine ; en ces cas de « petites ruptures », il n'y a pas généralement de symptômes foudroyants, s'il s'agit d'un kyste hydatique ; mais la bile est extrêmement dangereuse pour le péritoine, et on peut dire que, pour la vésicule biliaire, il n'y a pas de « petites ruptures ». Il ne faut donc faire la ponction capillaire de cet organe qu'avec la plus grande circonspection.

M. Cyr n'a pas voulu se faire l'apôtre quand même de la cholécystotomie; il a voulu présenter l'état de la question et indiquer quelles étaient les indications de l'opération. Il doit cependant faire remarquer que, dans un cas malheureux où le malade a succombé à une péritonite, cette complication ne s'est révélée que vingt-neuf jours après la ponction de la vésicule et que celle-ci a été suivie d'une amélioration des accidents biliaires.

M. Abadie fait une communication sur l'importance des études micro-biologiques en médecine. (Sera publiée.)

M. Duroziez : Je suis de l'avis de M. Abadie, quand il dit qu'il faut toujours en revenir

à la clinique. Aujourd'hui on abuse des bactéries. On veut confondre l'érysipèle des salles de chirurgie et l'érysipèle par refroidissement, parce que l'on y aurait trouvé le même microbe; c'est là une idée qui répugne à l'esprit clinique. Il en est de même de la confusion qu'on veut faire entre toutes les pneumonies, régulière, typhoïde, infectieuse. On va parler du microbe du rhumatisme articulaire aigu. Je ne veux pas me mettre en travers du progrès; mais les faits sur lesquels on s'appuie, en faveur des théories microbiennes, sont loin d'être prouvés. Pour le choléra, par exemple, tout le monde n'est pas du même avis; il eût fallu donner le choléra à des animaux par la transmission des microbes.

M. Richelot croit que les expériences récentes de Koch ne sont pas suffisamment probantes. Les animaux qu'il a infectés sont-ils réellement morts du choléra, ou sont-ils seulement morts infectés? On ne trouve pas de bacilles chez l'homme dans certains cas foudroyants.

M. Rougon croit qu'on néglige trop l'influence du terrain. Il rappelle l'expérience de M. Bochefontaine, qui démontre la non-transmission du choléra par l'ingestion des bacilles.

M. Thorens : L'expérience courageuse de M. Bochefontaine ne peut être regardée comme démonstrative. Koch, dans la communication officielle faite à la commission médicale de Berlin, dit expressément que le bacille virgule est tué par le suc gastrique sain.

M. J. Besnier : Je crois que M. Abadie a été trop loin en disant que, quand on parlera de maladies contagieuses, il faudra en montrer le microbe. Il est des maladies contagieuses où l'on n'a trouvé aucun microbe, et je crois qu'on a le droit de les regarder comme telles en ne s'appuyant que sur les données de la clinique.

M. Thévenot : La rage en est un exemple; sa contagion ne peut être niée, et cependant M. Pasteur, qui avait cru en trouver le microbe, a dû reconnaître son erreur.

M. Abadie : Il me sera facile de répondre à M. Duroziez, car l'exemple qu'il a choisi, l'érysipèle, est précisément une des maladies microbiennes les mieux connues et les mieux étudiées. Le microbe de l'érysipèle a été isolé, cultivé, inoculé même à l'homme, et a produit parfaitement un inflammation érysipélateuse de la peau. La microbiologie nous enseigne donc qu'il n'y a qu'une variété d'érysipèle toujours provoqué par le même agent infectieux, et que la distinction entre l'érysipèle chirurgical et médical n'a pas sa raison d'être. Mais déjà, de par l'observation clinique, on était presque arrivé au même résultat. C'est Trousseau, je crois, qui, l'un des premiers, a soutenu qu'il n'y avait jamais d'érysipèle spontané et qu'on trouvait toujours, en cherchant bien, une effraction de l'épiderme ou des surfaces muqueuses servant de porte d'entrée à l'agent infectieux.

M. Richelot estime que les recherches et les expériences de Koch sur le bacille virgule n'ont pas encore une valeur démonstrative. Je ne saurais être de son avis. Quand je vois un technicien d'une habileté aussi reconnue prouver d'une façon péremptoire que le bacille virgule existe toujours dans le vrai choléra, et n'est que dans cette maladie-là; quand je constate que dans les débats contradictoires qu'il a eus jusqu'ici avec ses adversaires, il a toujours montré les causes d'erreur de leurs recherches et de leurs expériences; quand enfin l'injection, dans le duodénum des animaux, d'un centième de goutte d'une culture pure du bacille en virgule provoque une maladie qui, par ses symptômes, les lésions intestinales trouvées à l'autopsie et la pullulation du microbe caractéristique, présente l'analogie la plus complète avec le choléra, quand je réfléchis, dis-je, à l'ensemble de ces faits qui me paraissent présenter un grand caractère de rigueur scientifique, je ne puis m'empêcher de leur attribuer une grande valeur.

M. Thorens a déjà répondu à M. Rougon au sujet de l'expérience très courageuse, mais peu démonstrative, de M. Bochefontaine, puisqu'il semble prouvé que le suc gastrique détruit le microbe cholérique ou tout au moins lui enlève sa nocivité. Je crois qu'à l'heure actuelle, même les anti-microbiens les plus acharnés, qui prétendent que les microbes ne possèdent jamais de propriétés pathogènes, mais sont de simples produits inoffensifs nés dans l'organisme, se laisseraient difficilement inoculer quelques gouttes d'une culture charbonneuse très virulente, parce qu'ils savent parfaitement qu'à présent toutes les conditions de réussite ou de non réussite de cette expérience sont parfaitement déterminées, et qu'ils succomberaient infailliblement tout comme les moutons qui furent inoculés dans la mémorable expérience de Pouilly-le-Fort.

M. Thevenot nous a dit : Mais voilà une maladie essentiellement virulente, la rage,

qui n'est pas due à un microbe; M. Pasteur lui-même l'avoue. Il n'en est rien ; la rage se comporte absolument comme une maladie microbienne, et M. Pasteur a simplement dit qu'on n'avait pu encore isoler le microbe, mais demain, peut-être, on trouvera un procédé de coloration ou un grossissement suffisant qui permettra de le mettre en évidence. Déjà, en examinant le bulbe d'un animal ayant succombé à la rage, on reconnaît parfaitement qu'il diffère d'un bulbe sain. On voit donc déjà quelque chose; ce quelque chose, il ne reste qu'à le voir mieux, ce n'est plus qu'une affaire d'instruments e; de réactifs.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

THÉRAPEUTIQUE

Dans un précédent article (voir *Union médicale*, 30 mars 1884), nous avons appelé l'attention de nos lecteurs sur la place importante qu'occupait la digitale dans la thérapeutique; nous avons démontré que lorsqu'elle avait été obtenue dans des conditions normales et loyales, c'était un des médicaments les plus actifs et les plus sûrs tout à la fois. Nous venons prouver aujourd'hui que sa pureté chimique est la condition indispensable de la certitude de ses effets.

Une récente communication de M. Laborde à la Société de biologie sur la digitaline, nous donne des détails très intéressants sur la valeur de ce médicament d'après les expériences faites par MM. Laborde et Duquesnel.

Ces deux savants ont soumis aux épreuves suivantes deux échantillons de digitaline : l'un d'origine allemande, l'autre de fabrication française, d'aspect absolument semblable. Voici ce qu'ils ont observé : La digitaline allemande, en présence d'une petite quantité d'acide chlorhydrique et sous l'influence d'une légère élévation de température, ne prend pas la coloration vert émeraude caractéristique de la digitaline ordinaire; traitée par le chloroforme, elle laisse un résidu abondant, tandis que la digitaline française se dissout entièrement dans le chloroforme, sans résidu; enfin elle n'a qu'une légère amertume, tandis que la digitaline française est fortement amère. Ces différences profondes, au point de vue chimique, faisaient présumer une différence corrélative dans l'activité physiologique, et l'expérience a démontré qu'il en était effectivement ainsi : Injectée aux pattes postérieures d'une grenouille, la digitaline française produit l'arrêt définitif du cœur en systole forcée en moins de cinq minutes; la digitaline allemande, injectée dans les mêmes conditions, ne commence à agir qu'au bout de quatre heures, et n'amène l'arrêt définitif du cœur qu'au bout de douze heures. Cette expérience, répétée sur des cobayes, a produit des résultats complètement identiques. D'où il faut conclure que si l'action de la digitaline allemande n'est pas absolument nulle, elle est inférieure à celle de la digitaline française, comme cinq minutes sont à douze heures.

Mais, s'il y a une différence aussi considérable entre les deux produits, eu égard à leur activité physiologique et partant à leur pureté de composition chimique, il y aura nécessairement une différence corrélative au point de vue des effets thérapeutiques. Le mérite de la vraie digitaline, c'est d'agir régulièrement et énergiquement; elle rallentit immédiatement les battements du cœur, les régularise, et fait succéder l'amplitude et la fermeté à l'agitation désordonnée de ces battements. Elle doit n'être employée qu'avec prudence et à très petites doses en raison de l'énergie de ses effets. Qu'obtiendra-t-on de la fausse digitaline? Des effets très lents et par suite une prolongation des souffrances, et de plus des effets incertains, car il n'est pas possible de doser avec certitude un médicament impur et dont la valeur réelle est problématique.

Après les expériences de MM, Laborde et Duquesnel, le médecin, ne pouvant pas toujours contrôler l'origine de la digitaline fournie à son malade, hésitera sur les doses à prescrire puisque, suivant la qualité du médicament, ces doses pourront être ou trop fortes ou insuffisantes. Dans ces conditions, il ne devra prescrire la digitale que sous une forme ayant déjà fait ses preuves et non susceptible d'adultération. Le sirop de digitale de Labélonye lui offrira toutes les garanties qu'il peut désirer. Ce produit, dont la réputation n'est plus à faire, lui donnera des résultats toujours constants parce que son dosage est toujours rigoureux; ce n'est jamais sans un succès immédiat qu'il emploiera cette préparation dans la plupart des affections du cœur.

VARIÉTÉS

LES NAISSANCES ET LA POPULATION DE L'ALGÉRIE.

Dans un travail intéressant, le *Courrier de Bône* constate que l'excédent des naissances françaises s'est élevé à 20 p. 1,000 sur le nombre des décès de la colonie durant ces dernières années. Dans la province d'Oran, la proportion des naissances a été de 42,24 p. 1,000 habitants d'origine européenne, le chiffre de 31,04 et l'excédant de la natalité sur la mortalité de 11,24 p. 1,000.

Dans le département d'Alger, la proportion des naissances est de 42,17 p. 1,000 habitants, celle des décès de 31,08 et l'excédent de la mortalité sur la natalité de 10,56.

A Constantine, ces chiffres sont de 36,61 pour les naissances, de 32,25 pour les décès, soit une différence de 0,4325 p. 1,000 dans l'évaluation comparative de la natalité avec la mortalité.

La population indigène augmente également, mais sans contracter d'unions avec la population européenne. Par conséquent, l'accroissement de celle-ci est rapide et prouve en faveur des conditions climatériques de l'Algérie, de la fécondité de la race française, africaine et de l'avenir réservé aux Européens dans la colonie, malgré l'amertume de certaines critiques. — C. L. D.

Faculté de médecine de Paris.

THÈSES DE DOCTORAT DU 1er AU 15 DÉCEMBRE 1884.

Du 1er au 4. — Pas de thèses.

Vendredi 5. — M. Bellier : Contribution à l'étude de l'urano-staphylorhaphie et de ses résultats. (Président : M. Lannelongue.) — M. Mathieu : Contribution à l'étude clinique du rhumatisme osseux chez les sujets jeunes. (Président : M. Damaschino).

Samedi 6. — M. Sauve : Contribution à l'étude de l'hystérectomie dans le cancer de l'utérus. (Président : E. Pajot.) — M. Conscience : Contribution à l'étude des propriétés du chlorhydrate de Kairine. (Président : M. Brouardel).

Lundi 8. — Pas de thèses.

Mardi 9. — M. Blusson : Des accidents consécutifs à l'emploi de l'acide phénique en thérapeutique. (Président : M. Ball.) — M. Blesson : Influence de la grossesse sur la marche clinique du cancer. (Président : M. Duplay).

Mercredi 10. — M. Seraphinos : De la trépanation dans les ostéites douloureuses du tibia. (Président : M. Verneuil.) — M. Dubourg : De la rétention des membranes dans l'utérus après l'accouchement. (Président : M. Tarnier).

Jeudi 11. — M. Hélie : D'une forme de névralgie maxillaire (névralgie des édentés) considérée surtout au point de vue de la pathogénie et du traitement. (Président : M. Duplay.) — M. Daima : Contribution à l'étude de l'atrophie musculaire survenant dans le cours de la sclérose en plaques. (Président : M. Laboulbène).

Vendredi 12. — M. Turbert : Contribution à l'étude clinique des névralgies du membre supérieur. (Président : M. Potain.) — M. Alem : Pneumaturie. (Président : M. Lannelongue).

Samedi 13. — Pas de thèses.

COURRIER

ECOLE DE PLEIN EXERCICE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE NANTES. — La séance solennelle de rentrée de l'Ecole de médecine de Nantes, et la distribution des prix aux étudiants en médecine et en pharmacie, ont eu lieu le 5 novembre, en présence d'un public d'élite. M. le docteur A. Malherbe, professeur d'histologie et d'anatomie pathologique, a prononcé un discours très remarquable, dans lequel il a mis en lumière les progrès récents de la médecine en France, et les succès de l'Ecole française dans sa lutte avec les idées allemandes. L'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes est en pleine voie de prospérité ; le nombre de ses élèves augmente, et les travaux présentés aux concours pour les prix révèlent des études intelligentes et bien dirigées.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

Indications comparatives dans les bronchopneumonies et les pneumonies

Par le professeur G. Sée (1).

La bronchiolite, la broncho-alvéolite, ou bronchopneumonie, comme nous l'avons démontré, reconnaît deux origines distinctes, à savoir : la propagation toute locale de la bronchite jusqu'aux alvéoles, et, d'autre part, l'action des parasites qui impriment à l'alvéolite son caractère nocif; de là deux genres d'indications, qui sont malheureusement plus faciles à énoncer qu'à exécuter.

a. *Comparaison avec la pneumonie infectieuse franche.* — Par cette double étiologie, la bronchopneumonie se distingue nettement de la pneumonie infectieuse; qu'elle soit à l'état de catarrhe suffocant, de bronchiolite, de bronchopneumonie lobulaire disséminée par noyaux lobulaires, ou au contraire agglomérée de manière à former ce qu'on appelle la bronchopneumonie pseudo-lobaire qui, en définitive, envahit tout un lobe, comme le ferait une pneumonie lobaire primitive, la bronchopneumonie revêt, sous toutes ces formes, et toujours en raison de sa causalité complexe, une phénoménalité étrange, paradoxale; elle suit un cours mal défini, et continue bien souvent, après les alternatives les plus marquées, les réactions les plus opposées, une évolution fatale, malgré les secours et les soins les mieux compris.

b. *Marche comparative des deux maladies.* — Comment se comporte la pneumonie fibrineuse? Elle éclate par une hyperthermie brutale qui, d'un instant à l'autre, va sidérer la santé la plus vigoureuse; puis la fièvre reste pour ainsi dire inamovible à quelques dixièmes de degré près pendant six

(1) Extrait du 2e volume des *Maladies du poumon.*

FEUILLETON

CAUSERIE

Beaucoup de gens, plus ou moins satisfaits du présent, mais confiants dans l'avenir, vivaient assez tranquilles, supputant leurs espérances ou caressant leurs illusions, lorsqu'un affreux cauchemar est venu troubler cette honnête quiétude. Ces gens pensaient qu'avec quelques années de patience, ils auraient vu la fin des plus graves préoccupations du moment, et voici qu'on leur inflige l'agitation, le fracas, la complication de toutes choses, précisément pour le terme où ils s'étaient promis le repos et l'apaisement.

Le choléra, pensaient-ils, n'a peut-être pas dit son dernier mot; on n'est pas sûr qu'il ait épuisé son venin du premier coup; il pourrait bien renaître au printemps prochain, et passer encore chez nous l'été de 1885. Mais après, ce sera bien fini; pendant deux lustres au moins on n'en entendra plus parler. D'ici là, l'hygiène aura fait de tels progrès que le choléra et d'autres épidémies disparaîtront ou se réduiront à des indispositions insignifiantes.

L'expédition du Tonkin et la guerre avec la Chine ne dureront pas éternellement; même en se basant sur la marche antérieure de ces événements, et sur l'avis de certaines personnes bien informées qui prétendent qu'on en est à peine au commencement, on peut bien supposer que dans quatre ou cinq ans nous en aurons fini avec l'extrême Orient, sauf pour coloniser avec succès nos nouvelles possessions.

à neuf jours, poursuit invariablement un cycle régulier comme dans les maladies parasitaires, domine pendant ce temps toutes les manifestations locales, tous les signes physiques, puis s'éteint brusquement, laissant pendant une ou deux semaines le poumon encore aux prises avec l'inflammation qui l'obsède ; la défervescence d'abord, la délitescence ensuite.

Et la bronchopneumonie? Elle débute lentement, perfidemeut, sous la forme d'un simple rhume, d'une bronchite *a frigore*, d'un catarrhe grippal ou rubéolique ; c'est à peine s'il y a un peu plus de fièvre pour marquer le passage de la bronchite simple à la bronchite pulmonaire; puis l'hyperthermie s'élève à 39°, à 40°, s'arrête ou recule, oscillant sans cesse sous l'influence supposée des congestions, dont elle est certainement la cause, plutôt que l'effet. D'autres fois le mal et le danger se révèlent tout à coup par une dyspnée asphyxique, un catarrhe suffocant, sans que le thermomètre laisse rien soupçonner; jamais il n'y a rien de semblable dans la fièvre péripneumonique. La bronchite alvéolaire est une maladic à surprises, souvent fâcheuses, qui ne présente pas de traces du cycle impénétrable de la pneumonie parasitaire.

c. *Parallèle des conditions individuelles. Age.* — Un dernier trait de dissemblance est des plus saisissants. Tandis que la pneumonie infectieuse frappe indistinctement les adultes comme les enfants, les vieillards comme l'adolescent, tandis que, devant le microbe pneumonique, comme devant le microbe tuberculeux, tout le monde est égal, il n'en est plus de même pour la bronchopneumonie ; elle vise particulièrement les enfants en bas âge, pendant la lactation et la dentition, atteint souvent encore ceux de deux à six ans, plus rarement les *grands enfants*, épargne ensuite presque toujours l'adolescence et l'âge adulte, et reprend avec une intensité et une fréquence extrêmes, le vieillard qui en meurt comme l'enfant.

d. *Influence respective de la constitution sur les deux maladies. Constitution et force.* — La force et la constitution jouent ici un rôle considérable; on a remarqué la facilité avec laquelle, chez les enfants faibles ou affaiblis, chez les vieillards dépourvus de soins hygiéniques, la bronchite la plus simple se propage aux bronchioles et aux poumons; l'adulte résiste à l'extension de l'inflammation bronchique, et a, comme on dit, une bonne poitrine, c'est-à-dire bien conformée au point de vue du thorax osseux, de

---

Le déficit du budget se comblera petit à petit, et le marasme du trésor public fera place à une prospérité inouïe, quand les employés du ministère des finances ne perdront plus leur temps à jouer aux dominos dans les cafés qui environnent le Louvre.

Tout pouvait s'arranger, la question d'Egypte et celle du Congo, et le travail reprendre, et les affaires marcher à souhait; enfin, on pouvait croire que les choses iraient de mieux en mieux pour tout le monde, si rien ne venait entraver la solution naturelle des difficultés particulières ou générales. Si personne n'avait la certitude d'atteindre le bonheur, personne du moins n'était menacé à jour fixe d'un malheur certain et inévitable. L'épée de Damoclès tenait encore au bout de son fil; aujourd'hui, le fil s'est rompu, et le glaive est tombé, sous la forme de l'exposition universelle de 1889.

*
* *

On ne saurait exprimer fidèlement les sensations que fait naître cette perspective d'une exposition universelle. On a d'abord l'idée que c'est un projet en l'air, une de ces entreprises dont on parle vaguement, sans les prendre au sérieux, comme le chemin de fer métropolitain, Paris port de mer, l'assainissement de la Seine, les logements d'ouvriers et l'Opéra populaire. Quand on s'aperçoit que le danger est réel, que l'exposition est bien décidée, qu'on n'y échappera pas, alors on est saisi d'un désespoir et d'une angoisse qui ne manqueront pas de retentir gravement sur la santé publique. C'est une maladie en trois stades : le stade prémonitoire ou prodromique, démesurément long cette fois-ci, puisqu'il comprend les cinq années qui vont servir aux préparatifs de l'exposition; la période aiguë, plus courte, mais plus affreuse, celle où l'exposition

la musculature respiratoire, et des bronches, dont le calibre est proportionné aux besoins de la ventilation pulmonaire. Si vous supposez un individu qui, tout en étant dans la force de l'âge, n'a pas l'énergie musculaire suffisante pour aérer le poumon, ou pour débarrasser les tuyaux aérifères des mucosités qui les encombrent, il rentrera dans la catégorie infantile ou sénile; il contractera la bronchopneumonie.

e. *Conditions locales prédisposantes.* — La conformation de la poitrine et l'état antérieur des bronches exercent une action plus décisive encore sur le développement de la bronchopneumonie. Le rachitisme, chez les enfants, est une des conditions les plus favorables, parce qu'il déforme le thorax, et constitue ainsi un foyer de stagnation pour l'air et les mucosités. La scoliose, chez l'adulte, produit le même effet; la bronchite se transforme ainsi aisément en bronchopneumonie. Voit-on rien de semblable pour la pneumonie microbique? Je ne sache pas que la pneumonie franche ait une prédilection quelconque pour les enfants rachitiques, et pour les bossus; ce n'est pas la pneumonie microbique, ni même le bacille tuberculeux, qui les atteint le plus, tandis qu'ils sont sans cesse exposés, après le moindre refroidissement, à contracter la bronchite avec toutes ses conséquences, avec sa marche envahissante sur le poumon.

f. *Effets comparatifs des microcoques sur le développement de la pneumonie et de la bronchopneumonie.* — Il reste une grave question à résoudre. Les micrococci étant les mêmes dans les deux genres de pneumonies, pourquoi développent-ils ici la pneumonie franche, là la pneumonie bâtarde, appelée pneumonia notha par les anciens? Peut-on attribuer ces différences d'une manière exclusive à l'état local des organes respiratoires? Sans aucun doute. L'individu sain et fort contracte la maladie, c'est-à-dire respire le microbe où il se trouve; c'est ce qu'on observe dans les agglomérations; dans certaines maisons, dans certaines familles, où la pneumonie règne par petite épidémie, il n'est pas nécessaire qu'il ait une bronchite préalable. Au contraire, la bronchopneumonie exige une condition préalable, *sine quâ non :* un milieu préparé; pas de bronchopneumonie sans bronchite antécédente; or, la culture existe pleinement dans les bronches catarrhales, dans le mucus qui les obstrue, et que l'enfant débile, ou le vieillard affaibli ne peut plus expectorer; la bronchite

---

sévira dans son plein; et la période de réparation, de convalescence, d'une durée indéfinie, celle où l'on s'efforcera de se remettre de l'exposition, et de l'oublier, si c'est possible. Ainsi, au lieu du silence, du recueillement, du labeur monotone et paisible, il faut rentrer en danse et relever les tréteaux pour la grrrande parade de 1889! Au lieu du train uniforme que chacun rêvait dans sa sphère, nous voilà condamnés au bruit et à la bousculade; au lieu que tout soit rendu, par la force des choses, plus simple et plus facile, que tout rentre dans l'ordre, on a décidé d'embrouiller tous nos projets et de déranger tous nos calculs par une exposition encore plus colossale et plus insupportable que les précédentes!

C'est dans un style pompeux, quelque chose comme le gothique flamboyant de la littérature officielle, que cette nouvelle a été annoncée au peuple français. Le remarquable document, qui nous a appris que nous ne pouvions plus nous passer d'une exposition à bref délai, que l'immense majorité des citoyens en mourait d'envie, était émaillé de quelques fleurs de rhétorique comme celles-ci : « grands tournois pacifiques », « grands concours internationaux », « annales de la civilisation », « merveilleux résultats », « admirable spectacle », « spontanéité significative », etc. (*Journal officiel,* 10 novembre 1884.)

Ces locutions retentissantes, sans être de la première fraîcheur, ont trouvé de l'écho dans certains esprits, affectés d'une disposition bizarre et éminemment morbide, qui leur fait trouver du plaisir et des avantages aux expositions universelles. Le lyrisme et la déclamation sont venus à la rescousse en déclarant que rien ne valait une exposition pour marquer dignement le centenaire de la Révolution française. Voilà un dénouement que n'avaient pas prévu ceux qui ont fait la Révolution. Il y avait cependant un moyen beaucoup plus original et plus neuf de consacrer cet anniversaire; c'était de décider

gagnant de proche en proche les bronches capillaires, l'exsudat muqueux favorise ou l'implantation, ou la pullulation du microbe; il y a là une cause additionnelle à la reproduction du parasite, et la preuve c'est que, si une bronchite frappe une constitution en déchéance à quelque âge que ce soit, la phlegmasie primitive se transforme en une broncho-alvéolite qui paraît d'abord simple, mais qui finit par devenir spécifique.

Aussi la cause de la mort chez le bronchopneumonique est double; il meurt par les bronchioles et par les microbes; le pneumonique ne meurt que par l'hyperthermie d'origine microbique. A tout âge, on peut gagner la pneumonie fibrineuse; on ne prend la pneumonie catarrhale qu'après ou par une débilitation générale.

Comparaison des diverses espèces de bronchopneumonies entre elles. — De ce long parallèle entre les bronchopneumonies et les pneumonies dites légitimes, il ressort clairement ce fait, à savoir que la bronchopneumonie n'est jamais primitive; elle résulte d'une bronchite simple, par voie de continuité; elle se produit plus souvent à la suite des bronchites spécifiques telles qu'on les voit dans la grippe, où elle est fréquente; dans la rougeole, qui est si énergiquement bronchocatarrhale; dans la coqueluche, où elle est plus rare; dans la diphthérie qui frappe d'une manière fatale toutes les voies respiratoires, jusqu'aux bronchioles elles-mêmes. Il n'est pas besoin d'insister sur l'influence réciproque que ces maladies parasitaires exercent sur la muqueuse des divers embranchements bronchiques; — la gravité est au maximum dans la diphthérie; elle diminue dans la rougeole, plus encore dans la coqueluche; elle est au minimum dans la grippe. Les deux extrêmes peuvent récidiver, tandis que la rougeole et la coqueluche laissent au malade une immunité à peu près certaine. De ces données, les conséquences sont faciles à tirer au point de vue du pronostic général de la bronchopneumonie, puis de l'avenir du malade, s'il échappe au danger actuel. On pourrait croire, *a priori*, que la bronchopneumonie dite simple, c'est-à-dire qui ne provient que de la bronchite *a frigore*, jouit toujours d'une certaine bénignité comparativement aux bronchopneumonies spécifiques; mais il n'en est rien; la raison en est facile à trouver; toutes les bronchopneumonies indistinctement sont parasitaires; les phlegmasies spécifiques le sont doublement; c'est pourquoi

---

que précisément, en 1889, il ne serait rien fait pour exalter la Révolution française, parce que c'est l'occupation la plus banale et la plus commune que d'en chanter la gloire, et qu'une masse d'individus ne fait pas autre chose du matin au soir. Il est donc avéré que la célébration de la grande époque tient une place suffisante dans nos mœurs pour qu'il soit superflu d'en faire l'objet d'une cérémonie spéciale, celle-ci, en outre, devant avoir pour résultat de faire voir d'un très mauvais œil la Révolution française à beaucoup de citoyens, et principalement aux bourgeois de Paris, dont l'exposition universelle va bouleverser si fort les petites habitudes.

*
* *

Heureux les peuples qui n'ont pas d'histoire! plus heureux encore ceux qui n'ont pas d'expositions! ceux qui ne gaspillent pas leur argent et leurs forces dans ces démonstrations éphémères, qui sont à la richesse et à la production d'un pays ce que le clinquant est à la bijouterie de bon aloi! ceux enfin qui vivent chez eux et entre eux, sans se donner en spectacle ni en pâture à leurs voisins!

Dans les premiers temps, il n'y avait rien à dire. Une exposition, deux expositions, trois expositions, jusque-là l'intérêt et la curiosité se soutenaient; mais toujours des expositions, cela devient fatigant, et ce serait même nuisible, d'après une opinion très répandue. Des hommes compétents ont prouvé qu'elles avaient eu les plus funestes conséquences pour notre commerce et notre industrie; qu'en montrant aux autres ce que nous savions faire et comment nous nous y prenions, nous leur avions tout simplement donné l'idée et les moyens de nous imiter; et que cette hospitalité un peu naïve,

cellcs-ci présentent toujours un péril en plus; la mortalité des pneumonies diphthériques est pour ainsi dire absolue; il reste plus de ressources dans les autres cas, mais c'est tout.

Les diverses espèces de bronchopneumonies exercent sur le pronostic, et vont exercer sur les résultats thérapeutiques l'influence la plus marquée.

Contribution à l'étude de l'historique de la fièvre typhoïde.

Avant 1847, l'opinion des médecins français était loin d'être fixée sur la question de savoir si la fièvre typhoïde et le typhus faisaient une seule et même maladie, ou deux affections absolument distinctes. Dès l'année 1836, Lombard, éclairé par ses observations comparées dans les hôpitaux de Genève, de Paris, et de Glascow, avait nettement conclu à la non identité ; Gerhard et Montault avaient, l'année suivante, le premier en Amérique, le second en France, confirmé l'opinion de Lombard et lui avaient rallié bon nombre de partisans. Toutefois vers la même époque, Gauthier de Claubry, dans un mémoire très étendu présenté à l'Académie de médecine, avait entrepris de démontrer que les deux maladies ne constituaient, en fait, qu'une seule espèce nosologique et crut y avoir réussi. Valleix l'avait réfuté par d'excellents arguments (1839). Rochoux (1840) était venu corroborer les affirmations de Valleix dans un article des Archives de médecine. Indépendamment de l'opinion des auteurs favorables à la doctrine de la non identité qu'il invoquait, il donnait une observation prise sur lui-même dans laquelle, il faut l'avouer, on aurait peine à reconnaître un cas de vrai typhus. Une publication bien plus considérable avait eu lieu la même année : un jeune médecin anglais, le docteur A. P. Stewart qui, depuis quatre ans, étudiait les deux maladies, à Glascow pour le typhus, à Paris pour la fièvre typhoïde, avait présenté à une société qui faisait peu de bruit sous le nom de Société médicale anglaise de Paris, un travail sur les deux maladies, comparées au point de vue clinique et anatomo-pathologique, dans lequel étaient exposés leurs caractères distinctifs. L'auteur en déduisait d'irréfutables arguments en faveur de la non identité ; ce mémoire n'eut pas le crédit qu'il méritait ; en le relisant aujourd'hui, on se demande comment la chose n'a pas été considérée dès lors comme définitivement jugée. Je ne citerai pas bien d'autres noms de médecins qui avaient pris parti les uns pour l'opinion de Gauthier de Claubry, les autres pour celle de Stewart ; je me bornerai à rappeler qu'en 1847, non seulement le doute subsistait encore, mais ceux qui ont gardé le souvenir de l'état de la question à cette époque, pourraient dire que l'opinion des maîtres penchait plutôt du côté du premier que du côté du second. Je pourrais citer Andral, Chomel, Grisolle et d'autres, qui étaient disposés à ne voir dans les deux maladies que des différences de forme.

---

offerte plusieurs fois chez nous à l'univers entier, nous avait valu la concurrence redoutable que nous rencontrons maintenant sur tous les marchés. Aussi les plus malins, parmi nos invités, les Anglais et les Allemands, ont-ils toujours afflué à nos expositions sans jamais en organiser pour leur propre compte. Ils savent ce que leur rapportent les expositions que nous leur prodiguons, et, en raison de ce qu'ils gagnent à visiter les nôtres, ils s'abstiennent sagement de nous rendre la pareille.

Si les expositions sont aussi peu profitables au pays, si elles se résument en une satisfaction de vanité, en un besoin d'épanchement et d'ostentation, on ne comprend plus leur raison d'être. Serviraient-elles uniquement à orner la devanture des boutiques et l'entête des factures, de ces médailles qui ont déjà honoré tous les mérites, tous les chocolats, tous les pianos et généralement toutes les marchandises quelconques? Les fabricants, aussi bien que les acheteurs, doivent être blasés depuis longtemps sur ces hautes distinctions, qu'on remplace commodément et à peu de frais par les palmes académiques et le Mérite agricole.

Quant à l'attrait des expositions pour le public, il est complètement usé. On a vu dans ce genre tout ce qu'on pouvait désirer; ce qui viendra ne sera plus que l'éternelle répétition du même tohu-bohu, du même bric-à-brac, dont on commence à rire un peu. Au point de vue de la variété, on procède pour l'exposition de 1889 avec une perfidie que la célèbre corporation des fumistes ne renierait pas. Quand on s'est demandé où l'on installerait la prochaine fois cette rue des Nations et ces cuisines cosmopolites que nous connaissons sur le bout du doigt, on a admis en principe qu'il ne fallait plus penser au Champ-de-Mars. Alors, on a proposé toute espèce d'emplacement; chacun avait son plan. On a discuté successivement le bois de Boulogne, le bois de Vincennes,

Au milieu de cette année, on annonça l'apparition du typhus fever à Dublin. On peut retrouver, dans les journaux de l'époque, l'histoire de cette épidémie, la plus meurtrière du siècle en temps de paix. C'était une occasion de chercher et de trouver la vraie solution.

Je venais de terminer mon service de chef de clinique auprès de Chomel. Grâce à son encouragement et à son intercession, et, je ne dois pas l'oublier, grâce à l'appui de Béhier auprès du ministre, je fus envoyé en mission en Irlande.

Au moment de mon départ, Chomel me répéta qu'il s'attendait à apprendre de moi, dans un bref délai, que chez les typhiques de Dublin les lésions intestinales étaient les mêmes que chez les dothiénentériques.

Rodier, le laborieux associé de Becquerel, proposa de m'accompagner, et nous partîmes ensemble vers la fin de juillet.

Qu'avons-nous vu à Dublin? Quels fruits avons-nous rapportés de ce voyage? La réponse à cette question n'est probablement connue que d'un petit nombre. Je conviens, d'ailleurs, qu'aujourd'hui elle n'a d'intérêt que pour ceux qui tiennent à savoir qu'un compatriote a tenté de contribuer, par ses études cliniques, à la solution d'un problème qui n'avait été étudié à ce point de vue que par des étrangers. A ceux-là, je dirai que les résultats de la mission n'ont pas été nuls ni méconnus par tous.

Dans la seconde édition de son *Traité de pathologie* (1852), Grisolle fait mention de mes études et des analyses hématologiques de Rodier. Il déclare que les faits dont je lui ai fait part l'ont converti, lui jusque-là réfractaire à la croyance en la non identité. Dans les pages voisines, il met à profit des renseignements trouvés dans mes notes.

En 1856, Godelier termine un mémoire bien connu sur une épidémie de typhus, au Val-de-Grâce, en reconnaissant la justesse de mon opinion et en affirmant, comme je l'avais fait, la non identité.

Enfin au chapitre de l'historique de la fièvre typhoïde, Murchison revient sur le témoignage de Grisolle pour le confirmer. Il fait mention d'une observation que je lui communiquai à Londres. Il s'agissait de l'autopsie d'un individu mort du typhus contracté pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde. Cette observation, sur l'importance de laquelle il est superflu d'insister, était la première de ce genre. D'autres médecins en ont publié de semblables depuis. Au chapitre du diagnostic de la dothiénentérie, Murchison la rappelle.

C'est en 1849 que le docteur, actuellement sir William Jenner, fit connaître les admirables études qu'il avait entreprises depuis longtemps. Je le trouvai à l'hôpital de la Fièvre, à Londres, en me rendant à Dublin. Il possédait déjà tous les éléments d'une démonstration complète, et m'en fit part avec une libéralité digne de son caractère. Je le quittai absolument édifié. Je tenais cependant à étudier le sujet par moi-même, ne fût-ce que pour accomplir la mission dont j'étais chargé.

Neuilly, le rond-point de Courbevoie, le parc de Saint-Cloud, etc., etc. Les Parisiens se se sont dit alors qu'ils allaient voir enfin une exposition différente des anciennes. Mais insensiblement toutes ces propositions ont été écartées; Vincennes est trop à l'est, Courbevoie trop à l'ouest; et tout doucement on est revenu au Champ-de-Mars, le seul endroit acceptable, le seul où une exposition puisse s'élever décemment. Ce n'était guère la peine de nous faire venir l'eau à la bouche avec ces fallacieuses promesses d'innovation, pour aboutir à cette découverte ! Les expositions, comme les criminels, retournent donc fatalement sur le théâtre de leurs forfaits. En fait d'imprévu pour une exposition, le Champ-de-Mars est une trouvaille. Comme il a déjà servi au même usage, une première fois en rond, une seconde fois en carré, on ne se figure pas quelle forme extraordinaire il faudra donner à la troisième récidive pour qu'elle se singularise tant soit peu. Mais il y aura des annexes. On en mettra partout. Une annexe à Meudon où fonctionneront les ballons inventés dès à présent, et ceux qu'on inventera d'ici-là. Meudon étant la patrie des derniers perfectionnements de l'aérostation, il est naturel de lui réserver cette partie de l'exposition. Sous le même prétexte, on peut entrevoir déjà une annexe à Angoulême, pour la fabrication du papier; une annexe à Bordeaux, pour la dégustation des vins; une annexe à Montélimar, pour le nougat. Ces succursales ajouteraient sans doute à l'importance de l'exposition, et en rendraient la visite fort instructive.

On plaisante malgré soi; il n'y a pourtant pas de quoi. Si l'on envisage froidement ce qui nous attend, on ne peut se défendre d'une profonde tristesse. Ce n'est donc pas fini, les boutiques à quatre sous, la galerie des machines, les restaurants espagnols, les eaux de table sans rivales et les conserves alimentaires? Il faudra donc encore revoir

J'aurais préféré que d'autres voulussent bien expliquer pourquoi cette mission n'a pas donné de résultats plus dignes de son importance. J'aurais été particulièrement flatté de trouver cette explication dans un livre récent destiné à occuper le premier rang parmi les meilleurs. Loin d'y voir mon nom inscrit entre ceux des médecins qui se sont occupés des relations de la fièvre typhoïde et du typhus, je remarque, non sans tristesse, que l'historique, habituellement conforme à celui de Murchison, en diffère par l'omission de la part très modeste qu'il m'a été donné de prendre à cette œuvre.

Qu'on veuille donc bien me pardonner de rappeler que, douze jours après mon arrivée à Dublin, où mes journées se passèrent dans les salles de malades et les amphithéâtres, j'ai subi moi-même les atteintes de la maladie. J'avais sans doute pu recueillir un grand nombre de faits propres à porter la conviction dans mon esprit et à la faire passer dans celui de Grisolle. Mais, lorsqu'après une longue et pénible convalescence, je consultai mes notes, j'y trouvai un grand nombre d'observations prises, les unes au milieu de cas dont je n'avais pas eu le commencement, les autres au début de cas dont je n'avais pas pu suivre le cours. Je n'ai pas cru devoir tenter, avec ces fragments tronqués, la construction d'une monographie qui aurait nécessairement été trop incomplète.

Mais j'ai pu dire que le but de ma mission était atteint. J'avais reconnu, en 1847, la non identité du typhus et de la fièvre typhoïde, et Grisolle avait été convaincu par ma démonstration.

Henri GUENEAU DE MUSSY.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 8 décembre 1884. — Présidence de M. ROLLAND.

M. Jos. BERTRAND, secrétaire perpétuel, reçoit, au commencement de la séance, les félicitations de ses confrères à propos de sa récente élection à l'Académie française. M. Jamin, candidat à l'Académie française à dater de ce jour, dépouille la correspondance. Il mentionne la communication « étrange » d'un propriétaire de vignes qui s'est avisé de faire une décoction d'escargots et d'en arroser les ceps atteints de phylloxera. Les ceps ont été guéris. Le correspondant ajoute qu'il a remarqué que les vignes dans lesquelles se plaisent les escargots, étaient épargnées par le phylloxera. Mais dans quelles vignes les escargots ne se plaisent-ils pas? Il faudrait demander cela à la Bourgogne, qui maintenant, paraît-il, est sérieusement menacée.

M. Amagat a fait des expériences sur la compressibilité des gaz à des températures

---

toutes ces vieilleries, toutes ces banalités, dont on se sent d'avance saturé jusqu'au dégoût? Oui, le sort en est jeté, Paris redeviendra la proie des étrangers, dont les jargons et les toilettes nous arracheront ces regards d'étonnement et de méfiance, qui seront jusqu'à la fin des siècles l'accueil instinctif du Parisien à l'égard de tout étranger. On se disputera les fiacres, on prendra d'assaut les omnibus et les tramways; on passera douze heures dans un bureau de poste pour se procurer un timbre de quinze centimes; on mangera très mal; on sentira dans l'air une fièvre et un malaise, symptômes d'un bouleversement inutile dans le cours normal des existences. Tous les parents de province débarqueront à Paris, et nous leur expliquerons les monuments de la capitale. Les ouvriers des campagnes, dont le trop plein commençait à s'écouler, nous reviendront en foule, et quand ils auront fini de bâtir, puis de démolir l'exposition, ils ne s'en iront plus, et seront sans travail. Les loyers augmenteront, le pain augmentera, la viande sera hors de prix, et rien de ce qui aura augmenté ne diminuera plus jamais. Il y aura des congrès de toutes les sciences humaines, où le rétrospectif et le préhistorique échangeront entre eux la rhubarbe et le séné. Tout sera mal commode, encombré, fastidieux, ennuyeux; et voilà ce qu'il en coûte de provoquer à Paris « la rencontre du génie propre à chaque peuple ».

P. DUBRAY.

variées, et il a le mérite, dit M. le Secrétaire perpétuel, d'avoir précisé les conditions de ces expériences. Mais les résultats ne sont pas contradictoires avec ceux qu'ont obtenus M. Cailletet et M. Berthelot, et ne les infirment pas.

M. Gosselin dépose sur le bureau, sans en donner lecture, la continuation de ses recherches relatives aux substances antiseptiques capables d'arrêter la circulation dans les capillaires. Nous reviendrons sur cette communication, lorsqu'elle aura paru aux comptes rendus de l'Académie.

M. Larrey fait hommage, au nom de l'auteur, d'une brochure intitulée : « De l'alimentation du soldat », par M. Louis Kirn, capitaine en exercice.

M. H. Bouley dépose sur le bureau, de la part de M. le docteur Moricourt, ancien interne des hôpitaux et ex-collaborateur du docteur Burq, une note sur la préservation du choléra par le cuivre. L'auteur établit, dans ce travail, que, contrairement à ce qui a été écrit, il résulte d'enquêtes qu'il a faites avec soin, qu'un seul ouvrier travaillant le cuivre a été atteint par le vrai choléra. M. Bouley pense judicieusement qu'afin d'éviter les réclamations et les contradictions qui ne manqueront pas de se produire à ce sujet, il est prudent de renvoyer la note de M. le docteur Moricourt à la commission du choléra.

M. Richet communique à l'Académie un mémoire de M. Bochefontaine sur un des signes qui avaient été donnés comme pouvant faire distinguer la mort apparente de la mort réelle. Il s'agit de la propriété qu'ont les corps vivants de transmettre un courant de faradisation. C'est sur cette propriété qu'est fondée la jonglerie connue sous le nom de « femme torpille ». La saltimbanque met le pied sur un tapis qui recouvre les bobines d'induction, et la personne qui lui touche la main reçoit la secousse transmise par le courant qui traverse le corps de la femme phénomène. Eh bien, les expériences de M. Bochefontaine démontrent que les choses se passent de la même façon chez les animaux, vingt minutes après qu'ils sont morts. — Mais, dirons-nous, sans vouloir diminuer la valeur de l'expérience en question, vingt minutes, ce n'est guère; et, si le signe est bon une heure après le décès, on doit le tenir pour excellent. Il en est de même pour la tache de la cornée, signalée par feu le docteur Larcher (de Passy), bien qu'elle n'apparaisse que plusieurs heures après la mort. Cela est suffisant pour s'opposer aux inhumations précipitées.

M. Cornu indique, d'après M. Demarçay, une nouvelle disposition d'appareil qui débarrasse le spectre des raies parasitaires, et qui est appelée à rendre les plus grands services.

L'ordre du jour provoque l'élection au scrutin d'une commission de cinq membres destinée à arrêter le programme du prix Vaillant. Le maréchal a laissé une somme dont les intérêts devront être versés, comme prix, à l'auteur du meilleur mémoire sur un sujet qui changera chaque année et que la commission désignera, sans exclusion aucune, dans une des branches quelconques des connaissances humaines. Avant la fin du vote, M. le Président annonce que l'Académie va se former en comité secret. Il n'est pas quatre heures. — M. L.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séances des 8, 22 octobre, 12 et 26 novembre.

La séance du 8 octobre a été signalée par une proposition fort digne d'intérêt, soumise à la Société par M. C. Paul. Il est question de construire un édifice où les diverses Sociétés savantes tiendraient leurs réunions périodiques ; cette idée est patronnée par des personnalités influentes et sa réalisation serait profitable à tous. Déjà la Société des hôpitaux a donné son adhésion ; la Société de thérapeutique est toute prête à souscrire pour sa part.

C'est au traitement de la blennorrhagie qu'a été entièrement consacrée l'intéressante séance du 22 octobre.

M. C. Paul a présenté la thèse d'un de ses élèves, M. le docteur Chameron ; cette thèse est intitulée : *Traitement de la blennorrhagie, considérée comme affection parasitaire, par les injections de bichlorure de mercure au 1/20000e*. L'historique des recherches entreprises jusqu'à ce jour pour démontrée la nature parasitaire de la blennorrhagie ne saurait être passé sous silence.

Donné, puis Jousseaume, en 1863, ont vu, dans l'écoulement gonorrhéique, des organismes inférieurs, mais sans caractère spécifique. Hallier, en 1872, signale un micrococcus, que Bouchard constate aussi en 1878 et dont Neisser donne en 1879 une description détaillée. C'est le gonococcus. Mais il ne suffit pas, — on semble trop l'oublier et il convient de le rappeler sans cesse à tous les observateurs qui découvrent de nouveaux microbes, — d'avoir trouvé les microbes dans les liquides ou les tissus de l'organisme du malade ; il faut encore l'isoler par des cultures successives, et reproduire la maladie première par l'inoculation des microbes ainsi isolés.

C'est à cette méthode rigoureuse, la seule qui puisse s'autoriser du nom de M. Pasteur, que M. C. Paul s'est astreint. — Dans du pus blennorrhagique, recueilli avec toutes les précautions nécessaires, il a reconnu l'existence de micrococcus que colorent le bleu de méthylène, le violet de gentiane ou le violet de méthyle. Avec un grossissement de 750 à 800 dia., un objectif à immersion ou par l'éclairage Abbé, on constate que les microcoques se trouvent contenus par groupes de huit à dix dans l'intérieur des cellules épithéliales, et non dans les globules de pus, comme l'ont dit d'autres observateurs. — Le bouillon de veau stérilisé, ensemencé de ces microbes, devient trouble au bout de quarante-huit heures, et, après quatre jours, contient un grand nombre de microcoques animés de mouvements browniens. On sait que la période d'incubation de la blennorrhagie est de quatre jours environ. — Quel est maintenant le résultat des inoculations ? Bockaï a inoculé à Pesth six étudiants de bonne volonté : trois ont eu une blennorrhagie aiguë. Bochart a inoculé un paralytique général dont la mort était proche : l'inoculation a été positive. M. C. Paul a inoculé une goutte de son liquide de culture dans l'urèthre d'une femme, chez laquelle, pour combattre une paralysie vésicale persistante, de nature hystérique, il était légitime de faire naître une irritation uréthrale capable de réveiller la contractilité de la vessie. Le sixième jour apparut une uréthrite aiguë, avec cuisson et écoulement purulent, mais qui ne dura que deux jours.

Il est intéressant de rappeler que le micrococcus dans la blennorrhagie chronique se cantonne dans les follicules et les cryptes de la muqueuse uréthrale. Mais c'est au moment où la blennorrhagie est à son summum d'acuité que le pus renferme le plus de microcoques. Pour les détruire, Fantini, dès 1861, préconisait les solutions de sublimé ; Leistikow montrait que le gonococcus périt dans une solution au 1/20000e de ce médicament. M. C. Paul a vérifié l'exactitude du fait. En sept jours en moyenne, les blennorrhagies traitées par lui ont été guéries ; sa formule est : liqueur de Van Swieten, 10 grammes ; eau, 190 grammes. Le malade prend trois injections par jour, après avoir eu chaque fois soin d'uriner. Le liquide doit être injecté *chaud*, afin qu'il puisse pénétrer dans tous les follicules sans faire naître de spasme du canal. M. Paul pense qu'il y aurait avantage à employer la lotion et l'injection de sublimé comme prophylactique dans les maisons de tolérance.

M. Martineau, qui a précédemment fait une communication à la Société sur le même sujet, appuie l'assertion de M. C. Paul en ce qui concerne la localisation des microcoques dans les cellules épithéliales, vérifiée aussi par Bouchard. Mais il doute que l'uréthrite consécutive à l'inoculation pratiquée par M. Paul, n'ayant duré qne 48 heures, fût une vraie blennorrhagie. — Pour traiter la folliculite blennorrhagique chez la femme, M. Martineau introduit dans l'urèthre et y laisse à demeure de minces suppositoires longs de 2 centimètres, contenant 4 milligrammes de sublimé. Il cautérise les follicules avec le thermo-cautère et badigeonne le vagin avec une solution de sublimé au 1/500e. C'est une solution à ce titre qui conviendrait dans les maisons publiques ; mais, pour éviter les intoxications qui pourraient résulter d'un si dangereux médicament, administré par méprise à l'intérieur, il faudrait colorer la solution ou lui communiquer une odeur fétide.

M. E. Labbée, qui a employé la solution au 1/20000e, froide, il est vrai, n'en a pas obtenu de bons résultats.

M. Dujardin-Beaumetz est dans le même cas. Il ajoute que, si cependant les solutions de sublimé peuvent tuer le gonococcus, on devra instituer avec succès le traitement abortif, assez peu répandu jusqu'ici. Dans les maisons de tolérance belges, les règlements de police ont depuis longtemps exigé l'emploi de solutions antiseptiques préventives.

M. Moutard-Martin regrette qu'un pareil écart existe entre les titres des solutions préconisées par M. Paul et par M. Martineau. Si au 1/20000e le sublimé est assez microbicide, on n'aurait à redouter, à cette dose, ni son action irritante ni son pouvoir toxique.

Cependant MM. Paul et Martineau maintiennent chacun leur opinion.

Dans la séance du 12 novembre, M. Noël Gueneau de Mussy a lu une note sur le *traitement de l'urticaire par le jaborandi.* Ce médicament doit être employé à petites doses et continué longtemps. M. Guéneau de Mussy a signalé les relations qui, naguère, unissent les crises de fièvre des foins et les poussées d'urticaire ; l'asthme des foins ne serait causé que par une urticaire des bronches, arthritide des muqueuses. L'observation suivante vient à l'appui de cette manière de voir. — Une jeune femme de 23 ans, de souche arthritique, migraineuse dès l'enfance, souffrait en outre, depuis l'âge de 13 ans, de rhinite et de pharyngite prurigineuses, avec accès d'asthme des foins, reparaissant à des époques régulières. Les accidents, enrayés une fois par l'usage de la codéine et de l'aconit, et d'injections nasales de chlorate de potasse, revinrent l'année suivante. La peau étant d'une sécheresse particulière, et les poussées d'urticaire paraissant se développer surtout sous l'influence de la chaleur, M. de Mussy prescrivit, pour provoquer la transpiration cutanée, des pilules dont chacune contenait : poudre de jaborandi, 10 centigrammes ; extrait de gaïac, 10 centigr. ; benzoate de lithine, 20 centigr. La malade en prit jusqu'à quatre par jour et éprouva une grande amélioration. M. de Mussy a prescrit alors, pour achever la guérison, une saison à Cauterets; mais il faut surveiller l'emploi des bains sulfureux, en pareil cas, car ils peuvent ramener de nouvelles poussées d'urticaire. L'absence de la transpiration cutanée, qui modère d'ordinaire la température du corps, explique la fréquente apparition des arthritides cutanées et muqueuses, sous l'influence de la chaleur, chez des personnes à peau sèche.

Quant à l'emploi du jaborandi à doses massives dans les cas d'anasarque, M. de Mussy n'en a retiré que de minces avantages. Une fois même l'hypersécrétion salivaire et sudorale a paru s'accompagner d'un accroissement de l'œdème par transsudation séreuse dans le tissu cellulaire.

M. C. Paul partage l'opinion de son collègue et sur la nature de certaines crises dyspnéiques évidemment causées par l'urticaire bronchique et sur l'insuccès du jaborandi à dose massive contre l'anasarque. Luchon lui paraît assez efficace pour guérir l'urticaire.

M. Henri Huchard a essayé sans grand résultat, contre l'asthme, les injections hypodermiques vantées par un auteur anglais. Il lit ensuite un important mémoire *sur les injections sous-cutanées de caféine.* Dans bien des cas, celles-ci pourront remplacer utilement les injections d'éther. Il y a deux ans, M. Huchard insistait sur les propriétés toniques, stimulantes et diurétiques de la caféine. Lorsqu'on veut l'administrer à l'intérieur, on peut employer la solution suivante : Eau distillée, 300 grammes; caféine et benzoate de soude ââ 5 grammes, dont on donnera de deux à cinq cuillerées par jour. Chez les malades qui éprouveraient de la gastralgie, on peut prescrire les injections hypodermiques de la solution suivante (Tanret) : salicylate de soude, 3 grammes 10; caféine, 4 grammes; eau distillé, q. s. pour faire 10 centimètres cubes. Ces injections à la dose de 40 à 80 centigrammes abaissent la température dans la fièvre typhoïde et combattent l'adynamie ; la caféine est utile contre l'anémie cérébrale, en particulier chez les diabétiques; il n'est plus contestable que, comme excitant vasculaire et diurétique, elle fait souvent merveille à la période hyposystolique des cardiopathies mitrales. M. Huchard a employé la caféine chez les cholériques, mais dans des cas trop peu nombreux pour en tirer une conclusion. La noix de Kola qui contient beaucoup de caféine lui doit probablement ses effets toniques et excitants.

D'après M. Gueneau de Mussy, l'augmentation de l'urée dans l'urine des malades soumis à la caféine vient à l'appui de ses propriétés toniques.

M. Dujardin-Beaumetz : Tout le monde est d'accord sur les propriétés de la caféine comme excitant et comme aliment. Mais, chez certains asystoliques, l'estomac la supporte assez mal. Dans la période algide du choléra, je l'ai utilisée en injection d'après la formule suivante : Caféine et benzoate de soude, ââ 1 gramme; eau, 4 grammes. Chaque seringue de Pravaz contient alors 25 centigrammes de caféine.

M. C. Paul se demande si les injections hypodermiques sont absorbées dans la période algide, il rappelle que l'absorption de l'estomac, supprimée aussi à ce moment, entraîne, lorsqu'elle se rétablit, une intoxication fréquente par les médicaments ingérés et non absorbés.

M. Dujardin-Beaumetz pense qu'une distinction absolue doit être faite entre les cholériques, suivant qu'ils urinent encore ou n'urinent plus. Dans cette seconde alternative, il faut s'abstenir des médicaments toxiques, notamment de la morphine. Il est déplorable, par conséquent, que les injections de morphine aient été conseillées dans certains

journaux non médicaux comme traitement général du choléra. Les injections de caféine ne sont pas passibles du même reproche. M. Beaumetz relate le traitement adopté par M. Hayem, à l'hôpital Saint-Antoine. D'abord les injections hypodermiques d'éther, puis l'injection intra-veineuse de deux titres d'une solution de chlorure de sodium et de sulfate de soude à la température de 38°. Dès que le malade ranimé se plaint de la soif, qui est très vive alors, on lui donne en abondance des boissons alcalines, afin de combattre l'acidité du sang; on lui fait inhaler de l'oxygène. Si l'algidité reparaît, on refait une nouvelle transfusion, mais cette fois avec une solution de carbonate de soude. L'injection se fait avec une simple poire en caoutchouc. Les résultats semblent assez encourageants, sauf chez les alcooliques qui succombent tous, sinon dans l'algidité, en tout cas après la réaction à des accidents cérébraux.

M. C. Paul rappelle qu'à titre de révulsif cutané on peut appliquer utilement sur l'abdomen des compresses imbibées d'essence de térébenthine.

M. Delpech signale, d'après M. Baudrimont, les bons effets de l'administration du bicarbonate de soude à haute dose, qui est en tout cas inoffensif.

M. Dupont a présenté, dans la séance du 26 novembre, un *appareil aérothérapique,* qui permet l'inspiration dans l'air comprimé et l'expiration dans l'air raréfié.

M. Campardon a lu un travail sur les propriétés de l'*hamamelis virginica,* ou coudrier de Virginie. Les préparations faites avec les feuilles ou l'écorce de cette plante sont très usitées en Amérique sous le nom de pond's extract. C'est un médicament fort employé aussi par les homœopathes. Les préparations tirées de l'écorce sont plus actives : on emploie la teinture d'écorce à 1 p. 20, celle de feuilles à 1 p. 5. On trouve dans l'hamamelis de l'acide gallique, du tannin, une matière colorante rouge, de la chaux, du fer et une substance aromatique, qui est peut-être l'agent actif. Quinze à vingt gouttes de teinture amèneraient, chez les individus atteints d'hémorrhoïdes douloureuses et enflammées, une diminution notable et prompte du volume du bourrelet hémorrhoïdaire. Un effet analogue serait produit sur les varices enflammées, même celles du pharynx et du larynx. On obtiendrait aussi de bons résultats de badigeonnages locaux sur les varicosités de la face.

En Amérique, ce médicament est employé à toutes doses, sans qu'on ait jamais signalé d'accidents toxiques. M. Campardon a observé pourtant, lorsqu'il dépassait vingt gouttes par jour, chez quelques malades, du refroidissement, larmoiement, engourdissement d'un membre, faiblesse du pouls. Il proscrit donc ce médicament chez les sujets faibles, exposés à l'anémie cérébrale.

Cette énonciation d'accidents attribués à l'hamamelis rencontre une certaine incrédulité dans la Société.

M. Dujardin-Beaumetz croit qu'il y faut voir de simples coïncidences. En Angleterre et en Allemagne on administre le pond's extract par cuillerées. Pourquoi quelques gouttes de teinture en France auraient-elles des inconvénients particuliers? D'ailleurs on n'a trouvé aucun alcaloïde dans cette plante, et ses propriétés physiologiques sur la circulation sont fort problématiques.

M. H. Huchard, M. C. Paul, qui l'ont prescrit à des doses de 50 et 60 gouttes, n'ont observé aucune action utile ni nuisible.

M. Moutard-Martin a blâmé M. Campardon d'avoir cité dans son travail les noms de plusieurs homœopathes et demandé qu'ils ne soient pas mentionnés dans les *Bulletins.*

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 30 novembre au 6 décembre 1884. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1,116. — Fièvre typhoïde, 26. — Variole, 2. — Rougeole, 27. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 2. — Diphthérie, croup, 22. — Choléra, 21. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 3. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite tubercul. et aiguë), 40. — Phthisie pulmonaire, 193. — Autres tuberculoses, 21. — Autres affections générales, 92. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 55. — Bronchite aiguë, 62. — Pneumonie, 95. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 20; au sein et mixte, 22 ; inconnues, 6. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 127 ; circulatoire, 75 ; respiratoire, 80 ; digestif, 57 ; génito-urinaire, 21 ; de la peau et du tissu lamineux, 4 ; des os, articulat. et muscles, 7. — Morts violentes, 21. — Causes non classées, 9.

Le nombre de décès survenus à Paris pendant la semaine dernière s'est élevé à 1,116 au lieu de 1,239 observés pendant la semaine précédente.

Le nombre des décès pendant la semaine actuelle n'est pas grossi comme ceux des trois précédentes par le choléra.

Cependant nous devons enregistrer quelques décès, au nombre de 21, survenus dans les premiers jours de la semaine, et qui forment pour ainsi dire le reliquat de l'épidémie. Ces décès ont eu lieu exclusivement dans les arrondissements de l'est de Paris, dans lesquels la maladie avait fait sa première apparition.

Nous n'aurons sans doute plus occasion de parler du choléra dans ce *Bulletin*.

La comparaison des chiffres en ce qui concerne les autres maladies épidémiques fait ressortir les différences suivantes :

La Fièvre typhoïde a causé 26 décès au lieu de 21 pendant la semaine précédente ; elle conserve donc la rareté (toute relative d'ailleurs), que nous lui voyons depuis le commencement d'octobre.

La Diphthérie (22 décès au lieu de 36) a notablement diminué ; cette décroissance porte surtout sur l'arrondissement des Buttes-Chaumont (2 décès au lieu de 9) ; nous devons pourtant attirer l'attention des médecins des écoles sur le quartier de Plaisance, qui compte depuis plusieurs semaines des décès par Diphthérie.

La Rougeole (27 décès au lieu de 28), qui avait diminué, comme toujours, pendant le mois d'octobre, a brusquement doublé de fréquence dès le commencement de novembre ; elle reste stationnaire depuis cette époque ; comme d'habitude, le centre de Paris en reste presque exempt (4 décès seulement dans l'ensemble des dix premiers arrondissements). Les faubourgs seuls présentent des décès ; nous signalons notamment le quartier de la Maison-Blanche (2 décès et 5 pendant la semaine précédente) qui présente toujours un grand nombre de décès par Rougeole.

La Variole (2 décès au lieu de 5), la Scarlatine (2 décès dans chacune des deux dernières semaines), continuent à être rares.

La Coqueluche (2 décès au lieu de 6) présente un chiffre extraordinairement bas.

On remarquera avec surprise la brusque ascension du nombre des victimes de la Bronchite, qui de 33 passe brusquement à 62. La Pneumonie (95 décès au lieu de 98) ne présente, au contraire, aucune variation. L'aggravation de la Bronchite pèse principalement sur les âges extrêmes (de 0 à un an, 38 décès par Bronchite au lieu de 15 la semaine précédente ; de 1 à 15 ans, 14 décès au lieu de 15 ; de 15 à 60 ans, 4 décès au lieu de 0 ; de plus de 60 ans, 6 décès au lieu de 3).

Au contraire, la Gastro-entérite des jeunes enfants n'a présenté que 48 décès, tandis qu'on en comptait 77 pendant la semaine précédente et à peu près autant auparavant.

On a célébré à Paris 438 mariages, et l'on a enregistré 1238 naissances d'enfants vivants (620 garçons et 618 filles), dont 903 légitimes et 335 illégitimes ; parmi ces derniers, 62 ont été reconnus immédiatement par un des parents ou par les deux. Les mort-nés (que nous ne comprenons jamais dans le nombre des décès) ont été au nombre de 107, dont 66 légitimes et 41 illégitimes.

Dr Jacques Bertillon,
Chef des Travaux de la Statistique municipale de la Ville de Paris.

COURRIER

On lit dans le *Temps* du 12 décembre 1884 : « Vienne, 11 décembre, 9 heures 10. — Les journaux de Vienne publient le rapport des médecins Klein et Gibbes qui avaient été envoyés aux Indes pour étudier le choléra. Ce rapport détruit complètement la théorie du docteur Koch; et affirme qu'on ne trouve pas les microbes chez tous les malades, et jamais dans les entrailles et le sang. Toutes les expériences de vaccination des animaux ont échoué. »

Mutation dans les hôpitaux. — C'est par erreur que nous avons annoncé le passage de M. le professeur Duplay de l'hôpital Lariboisière à l'hôpital Beaujon. M. Cruveilhier s'étant décidé à prendre le service de Beaujon, M. Duplay reste à Lariboisière, et M. Horteloup passe à la Maison de santé.

Le Gérant : G. Richelot.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

N° 177 L'UNION MÉDICALE Mardi 16 Décembre 1884.

Sommaire

HISTOIRE ET CRITIQUE

Observation d'une prétendue grossesse d'homme (inclusion scrotale) (1)

Par M. de SAINT-DONAT, chirurgien de Sisteron.

Rapport inédit de M. DODART, lu à l'Académie des sciences le 20 novembre 1697.

Remarques et commentaires par le docteur L.-H. PETIT, sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine.

Cette digression terminée, revenons au rapport de M. Dodart.

« Voilà, ce me semble, ajoute-t-il, tout ce qu'on peut tirer de ces lettres, sur le fait et sur la cause. »

A l'égard du fait, il serait à souhaiter que l'on y ajoutât la réponse aux questions suivantes :

1° Il est dit dans un endroit que le testicule était contenu dans un coin de la masse charnue. Est-ce que la masse charnue avait quelque partie anguleuse ou qu'elle était inégale dans sa surface. Il y a beaucoup d'apparence que non, mais qu'au contraire elle était d'une figure approchant de la sphérique ou de l'ovale.

2° Il faudrait décrire la figure de toute cette masse par rapport à son attache aux vaisseaux spermatiques, ou vers les vaisseaux.

3° Savoir comme elle était attachée au testicule, ou aux vaisseaux, si par simple contact, ou par symphyse, ou par une ou plusieurs racines,

4° Si les eaux de cet étrange embryon étaient effectivement contenues dans la capacité de la membrane albugineuse, comme il semble résulter du fait de leur découverte après l'ouverture des deux membranes propres du testicule.

5° Si la masse charnue nageait sans autre attache que celle qu'elle avait au testicule, et par lui aux vaisseaux spermatiques dont on serait bien aise de savoir à peu près le diamètre en l'état qu'ils étaient.

6° Si le globe osseux qui représentait un crâne était au centre de cette masse charnue ou vers la surface, et en quel endroit, si vers le testicule, ou contigu à quelque endroit de sa surface, et quel était cet endroit.

7° S'il était sphérique ou oblong.

8° De quelle manière il répandait ses rayons, avec ordre ou sans ordre, égaux ou inégaux, droits ou courbes, et si cela pouvait avoir quelque rapport aux côtes à l'égard de cette espèce de crâne.

9° Si ayant gardé le corps de cette tumeur on ne pourrait point encore examiner ces choses, en cas qu'on ne les ait pas examinées au moment de la première dissection, et surtout l'attache de cette tumeur au corps du testicule, et s'assurer s'il est bien vrai que ces deux membranes propres ont été ouvertes, c'est-à-dire l'élythroïde et l'albugineuse, car de la manière que M. de Saint-Donat parle de ce fait particulier, je ne crois pas qu'il donne pour première membrane au testicule quelques fibres musculeuses, qui couvrent l'élythroïde, et à qui plusieurs donnent le nom de d'élithroyde (2).

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 9 décembre 1884.

(2) En réalité, ce n'est ni *élythroïde* ni *élithroyde* qu'il faut écrire, mais *érythroïde*.

Cet examen est de conséquence pour l'explication du fait qui paraît très considérable et surtout ce qui est dans la question 3 et 9.

Pour avoir ces éclaircissements, ou pourrait envoyer à M. de Saint-Donat ces questions. Je connais son honnêteté comme sa capacité; je suis assuré qu'il y satisferait avec toute la diligence et l'exactitude possibles; elle ne saurait être trop grande.

Je voudrais qu'il fit scier cette partie osseuse si dure en deux ou trois sens différents, puis râcler les coupes avec du verre pour en examiner le tissu et en mieux reconnaître la nature; qu'il en jetât la raclure au feu pour s'assurer si c'est de l'os. Ce bistouri rebouché (*sic*) me fait craindre que cela ne soit pierreux.

J'omets 10°. Si cette dépression de globe osssux était opposée à la partie ronde qui semblait un crâne.

Il faudrait peser toutes ces parties osseuses après les avoir mesurées.

Si j'ose hasarder une conjecture sur un fait si extraordinaire qui ne me paraît pas encore assez circonstancié, je dirai que supposé le contact immédiat de la masse avec tout le testicule, il semble assez aisé d'imaginer qu'à l'occasion d'une extraordinaire raréfaction de la matière séminale dans le moment de l'accident, les vaisseaux délicats dans lesquels elle est contenue se sont entr'ouverts en un ou plusieurs endroits; 2° que quelque portion de cette humeur séminale s'épancha en cet endroit, entre le corps du testicule et la membrane albugineuse. Que là un des petits animaux contenus en cette humeur ait piqué quelque endroit de cette même partie par le moyen de laquelle il ait pu trouver commerce avec les vaisseaux spermatiques pour actuer ses parties solides. Que n'y trouvant pas de quoi actuer le principe du sang dans le cœur, y trouvant au contraire une surabondance de matière séminale, tant dans son nid que par les autres entre-ouvertures possibles, ou par celle qui l'a laissé échapper, il n'ait pu prendre de vie animale, et ait été réduit à une espèce de végétation, comme celle des truffes, peu après sa conception, mais que le chemin du commerce étant ouvert et frayé, il s'est accru comme les faux germes et les môles. Après cela, il ne reste à expliquer comment l'humeur séminale ait pu faire une ou plusieurs entre-ouvertures ayant plusieurs autres issues naturelles. Mais entre tout ce qu'on peut imaginer de causes d'obstruction passagère de ces issues, ou de suppression du mouvement de l'humeur au dehors, il ne faut qu'imaginer : 1° une raréfaction soudaine; 2° que cette raréfaction se fasse dans un tissu fort éloigné des issues, comme dans quelque endroit vers la surface du testicule qui peut être éloigné de plusieurs aunes d'intervalle des vésicules séminales; qu'elle se fasse dans un chemin étroit et entortillé comme sont les vaisseaux dont le testicule est composé. Par ces trois suppositions, dont la première et la deuxième sont très possibles, et la troisième très certaine, on peut rendre ce fait aussi concevable à proportion que l'est celui d'une mine à qui il est plus aisé de soulever et renverser un bastion que de jeter son feu par l'endroit où on a attaché le mineur. »

Le rapport et le fait lui-même étaient tombés absolument dans l'oubli trois ans plus tard, puisqu'il n'était resté que le souvenir des « bruits absurdes » qui couraient sur la prétendue grossesse d'homme, et que rien, dans l'histoire de 1700, manuscrite ou imprimée, ne rappelle ce rapport, resté jusqu'à présent inédit. Ce fut seulement pour faire tomber ces bruits, et non pour combler les lacunes signalées par Dodart, qu'on « eut la curiosité d'approfondir le fait », comme l'avoue Fontenelle. Le chirurgien de Sisteron envoya donc une nouvelle relation de son cas, et, le 24 mars 1700 (1), M. Reneaume lut à l'Académie une lettre de M. de Saint-Donat « sur un accident singulier dont on avait parlé comme d'une grossesse

(1) *Registres manuscrits*, t. XIX, fol. 125 verso.

d'homme ». Malheureusement les *Registres manuscrits* ne contiennent qu'un extrait de cette lettre; et cet extrait ne donne que quelques détails insignifiants sur le fait lui-même, sauf ce qui a trait à la disposition des rayons osseux et à la nature des libertés prises par le gentilhomme envers la dame. Quant aux réponses aux questions posées par Dodart, il n'en est aucunement fait mention. Voici cet extrait :

« Le gentilhomme dout il est question s'était senti une douleur très vive à un des testicules, à l'occasion de quelques libertés qu'une dame lui avait permises, sans toutefois accomplir l'acte. Cette douleur dura ainsi environ deux heures, et ne cessa entièrement que dans le reste du jour. Il s'aperçut peu de jours après qu'il avait une tumeur comme une noisette attachée contre les testicules, qui augmenta si fort qu'elle fut plus grosse qu'un œuf de poule d'Inde, le sept de décembre suivant, qui fut le jour que je le vis pour la première fois; cette aventure lui était arrivée le mois de juin précédent, et comme cette tumeur était pour lors indolente, et que la rigueur de l'hiver était extrême, soit que d'ailleurs il voulut aller consulter d'autres personnes à Marseille et à Montpellier, comme je l'ai appris dans la suite, il prit le parti de revenir dans une saison plus douce. En effet, cetté tumeur ayant cru d'une manière démesurée, il revint le mois de février suivant. Je lui en fis l'amputation après l'avoir séparée de toutes ses tuniques qui composent le scrotum; il se trouva là-dedans une masse de chair très blanche, très solide, et sans fibres, contenue comme dans un arrière-faix et nageant dans une grande pleine écuelle d'eau. J'ouvris cette masse de chair et, dans le centre, il y avait un globe osseux qui avait comme deux orbites qui étaient remplies de deux petites vessies noires, comme la membrane qu'on appelle uvée, pleine d'eau; au bas de ce globe, il y avait une dépression comme celle du palais; ce globe était tout solide et sans cavité; il en sortait tout autour comme des rayons osseux en forme d'étoile, mais sans aucun arrangement régulier, mais confus. La plaie du scrotum, qui était très grande, fut guérie d'une promptitude plus grande qu'il n'est ordinaire dans les autres plaies. »

Ainsi, les trois versions du même fait laissent sans réponse les questions posées par le rapporteur.

Cette lacune n'est pas la seule. Sans doute, il eût été nécessaire de connaître la composition exacte de la tumeur et ses rapports avec le testicule, ses tuniques et les vaisseaux spermatiques, le siège précis et la composition du liquide contenu dans les membranes, liquide qui était vraisemblablement celui d'une hydrocèle provoquée par le néoplasme et non d'une véritable *poche des eaux;* mais il n'eût pas été moins utile de savoir l'âge du malade et ses antécédents. Le rapporteur de l'Académie, admettant que la tumeur datait du tête à tête du jeune gentilhomme avec la dame, n'avait pas songé à s'enquérir de ces détails; mais les auteurs modernes, qui avec M. Verneuil pensent que la tumeur était congénitale, auraient bien voulu savoir si, depuis la naissance, on n'avait rien remarqué d'anormal à ce testicule, devenu subitement douloureux sous l'influence d'une excitation génitale intense, et pendant combien de temps la tumeur était restée latente. Ils en ont été réduits à faire de nouvelles conjectures sur ces points.

La manière dont les premiers écrivains qui ont parlé du fait de Saint-Donat ont rapporté le mode de début du néoplasme testiculaire, est assez curieuse pour nous arrêter un instant.

Dodart se contente de mentionner « une émotion violente survenue en la personne du jeune gentilhomme; —Amand nous apprend que cette émotion lui est survenue pendant qu'il était avec une dame qui lui permettait quelque attouchement »; — Saint-Donat, dans sa lettre à Reneaume, précise davantage : « C'était à l'occasion de quelques libertés qu'une dame lui avait permises, sans toutefois accomplir l'acte; » — ce que Fontenelle exprime d'une manière plus académique en disant : « en le retenant pourtant dans de certaines bornes. » Il n'est pas besoin d'insister davantage sur ce point.

Le mode de développement de la tumeur, sa pathogénie, comme on dirait aujourd'hui, admis par Saint-Donat et Dodart, est plus digne d'attirer l'attention. Ils pensent d'abord qu'une partie de l'humeur séminale, détournée

de son cours par suite probablement de l'excitation trop vive éprouvée par le jeune gentilhomme, a rompu les vaisseaux délicats dans lesquels elle est contenue, et s'est épanchée au dehors. Mais ici les deux auteurs diffèrent d'opinion. M. de Saint-Donat dit simplement que cette humeur s'est dérangée dans l'épididyme, et qu'étant là fermentée, elle prit une consistance charnue et osseuse « à cause de la matière qui a donné lieu à son accroissement ». Cette explication, il faut en convenir, ressemble un peu à celle que Molière donnait quelques années auparavant de la vertu dormitive de l'opium et de la mutité subite de la fille de Géronte.

L'explication de Dodart, qui connaissait les petits animaux découverts dans le sperme, vingt ans à peine auparavant (1677), par Louis Hamm et décrits par Leeuwenhoek, et qui étudiait déjà la fécondité des plantes, est plus scientifique et comme le reflet des discussions qui avaient lieu à cette époque sur la génération à l'Académie des sciences, principalement entre Méry et Du Verney. L'illustre savant suppose qu'un des animalcules contenus dans l'humeur épanchée a piqué le testicule, et s'est mis en rapport avec les vaisseaux spermatiques ; mais le sperme « qui formait son nid » et celui qu'il venait de rejoindre ayant été incapables de mettre le sang en action dans son cœur, *primum movens*, il n'a pu devenir homme, comme le voulait la doctrine de l'époque, et a végété à la manière des truffes, comme les faux germes et les môles.

Pour comprendre comment Dodart a pu admettre ce que nous considérerions aujourd'hui comme une hérésie scientifique, il faut se rappeler les idées admises, ou plutôt vivement discutées, sur la génération, à la fin du XVIIᵉ siècle.

On connaissait bien les ovules de la femme, depuis que Van Horne, en 1668, et surtout Regnier de Graaf, en 1672, les avaient décrits comme tels ; mais leur rôle dans la génération ne devait être admis sans conteste qu'un siècle et demi plus tard, après les belles recherches faites par de Baer (1827) et par Coste (1833). La découverte des ovules avait fait supposer que la génération se produisait dans l'espèce humaine comme dans tous les animaux ovipares ; celle des spermatozoaires vint renverser cette hypothèse, et l'animalcule doué de mouvement, de vie, qu'on avait trouvé dans le sperme, fut bientôt considéré comme un véritable homme à l'état de germe, un *homunculus*, auquel il ne restait plus qu'à prendre de l'accroissement. On alla jusqu'à soutenir que le terrain féminin n'était pas nécessaire pour la germination ; sans doute il lui était plus favorable que d'autres, mais l'*homunculus* pouvait aussi se développer ailleurs ; c'est ainsi que le premier homme avait pu donner lui-même naissance à la première femme.

Il n'est d'ailleurs pas sans intérêt de faire remarquer à ce propos que Dodart, dans son *Second mémoire sur la fécondité des plantes* (*Mémoires de l'Acad. des sciences*, 1701, p. 241), soutient la même opinion, à savoir que tout ce qui paraît dans le cours d'une longue germination est renfermé dans le germe, et que tous les corps vivants dérivent du premier de chaque espèce.

Rien d'étonnant, par conséquent, de voir Dodart, comme tant d'autres, admettre la génération d'un homme dans l'organe générateur du sperme d'un autre homme, une fois l'*humunculus* sorti par accident, par effraction, de son milieu normal et comme greffé au sein des parties voisines. Malheureusement il avait manqué à l'*humunculus* du jeune gentilhomme « de quoi activer le principe du sang dans son cœur » et le développement de cet homme secondaire, arrêté et perverti, n'avait abouti qu'à une masse informe. Si nous ajoutons que l'accident avait eu lieu en juin 1696, et l'extirpation de la tumeur en 1697, c'est-à-dire neuf mois après, on comprendra combien le rapprochement qu'on fit entre la tumeur et une « grossesse d'homme » devait facilement venir à l'esprit du public, et même des savants : « Le faux air de tête qu'avait ce globe, dit Fontenelle, cette espèce d'arrière-faix, le temps de huit à neuf mois, avaient donné lieu à la Fable

de la grossesse, quoique dans cette occasion la Fable ne fut pas nécessaire pour le Merveilleux. » (*Hist.*, 1700, p. 37).

Habent sua fata libelli,

a dit le poète. Les observations, comme les livres, ont aussi leurs destins.

Celle de Saint-Donat était destinée à être cause d'incertitudes et d'erreurs jusque dans les travaux les plus parfaits que son sujet ait provoqués. Celui de M. Verneuil peut être cité comme un modèle, puisqu'il a servi de modèle à tous les mémoires écrits depuis lors sur l'inclusion scrotale et testiculaire, et je crois qu'on y trouverait difficilement une imperfection. Il en est une cependant. En effet, l'observation de M. de Saint-Donat porte en titre, dans ce travail fait avec tant de soin : « Obs. I. — *Tumeur des bourses; inflammation; abcès; élimination de plusieurs portions de squelette* (1). » Et cependant, ni dans l'observation, ni dans le reste du travail, ni même dans les notes inédites que j'ai eu l'heureuse chance de trouver, il n'est nulle part question, chez le malade, ni d'inflammation, ni d'abcès, ni d'élimination d'une portion quelconque de squelette. L'erreur était si extraordinaire qu'elle ne pouvait être le fait de l'auteur; elle était d'ailleurs très facile à expliquer. Quelques pages plus loin (p. 652), l'observation VI de ce travail contient toutes les particularités indiquées dans le titre susdit, mais, par contre, manque de titre. Conclusion : le titre de l'observation VI a été donné par mégarde à l'observation I. M. Verneuil, que j'ai interrogé sur ce point, suppose qu'après avoir rédigé les deux observations, il aura voulu, comme il le fait d'habitude, leur donner un titre, et que, dérangé dans son travail pour une cause quelconque, il aura mis le titre de l'une en tête de l'autre, et oublié celle qui aurait dû l'avoir et qui en a été dépourvue; ou que le titre, écrit en bas d'une page d'épreuves en placards, a été composé par erreur de renvois en tête de l'observation I.

Il suffit d'être un peu familiarisé avec l'imprimerie pour comprendre la possibilité d'une pareille méprise. Il arrive tous les jours que, pressé par le prote qui attend avec impatience la copie ou le bon à tirer, on corrige avec soin les fautes d'orthographe ou d'impression, alors qu'une faute de texte, bien écrite ou bien imprimée, n'attire nullement l'attention. Telle est probablement la source d'une foule d'erreurs qui fourmillent dans notre littérature médicale, et dont il est impossible de s'expliquer autrement l'origine. Celle de M. Verneuil est d'ailleurs peu importante, et on comprend que depuis 1855 elle soit restée inaperçue de tous les auteurs, même les Allemands, qui ont écrit sur l'inclusion scrotale et testiculaire.

Ce n'est pas tout. On a vu plus haut que la première citation du fait de M. de Saint-Donat dans l'*Histoire de l'Académie des sciences*, avait deux phrases, et que la première phrase, mentionnant à tort un enfant et des pieds, avait été cause que le public avait cru à une « grossesse d'homme ». La seconde phrase a été également le point de départ d'une erreur, moins grave à la vérité.

M. Velpeau, dans une leçon clinique *Sur une tumeur scrotale contenant un fœtus*, mentionne simplement le fait de Saint-Donat, d'après Amand, et ajoute à propos de cette seconde phase :

« Du Verney, en 1666, avait dit, à l'occasion de ces tumeurs scrotales, qu'il peut se trouver dans le scrotum des masses polypeuses auxquelles le hasard ou des circonstances inconnues pourraient donner une fausse apparence de fœtus. » (2).

Or, cette phrase a été prononcée en 1697, comme nous l'avons vu plus haut, et non en 1666. D'ailleurs, en 1666, M. Du Verney, âgé seulement de 18 ans, étudiait encore la médecine à Avignon ; il ne reçut le bonnet de doc-

(1) *Arch. gén. de méd.*, 1855, 3e série, t. V, p. 647.
(2) Velpeau, *Leçons orales de clinique chirurgicale*, 1841, t. III, p. 208, en note.

teur qu'en 1667, vint ensuite à Paris, et n'entra à l'Académie des sciences qu'en 1674.

Cette fausse date, attribuée à une opinion de cet académicien, a été cause que dans les historiques de l'inclusion scrotale écrits depuis Velpeau, on cite à tort Du Verney comme le premier auteur qui ait parlé de cette affection. Il est vrai que, comme on ne peut vérifier la citation, on ajoute « d'après Velpeau ».

Qu'il me soit permis de corriger une dernière faute d'orthographe.

Pierre Amand, dans sa relation du fait de M. Saint-Donat, parle d'une tunique pareille à celle qu'on appelle *vuée* dans l'œil. Les auteurs qui ont reproduit le texte de Pierre Amand, ont fait remarquer que *vuée* était là probablement pour *uvée*. Je crois qu'ils ont raison. Au XVIIe siècle, le *v* et l'*u* s'écrivaient et s'imprimaient avec le même caractère, ou indifféremment l'un pour l'autre. Or le texte manuscrit de l'Académie est *uuée*. Le copiste d'Amand a mis un *u* et un *v* au lieu de deux *u*, mais il les a changés de place et au lieu d'*uvée* a écrit *vuée*. L'imprimeur l'aura imité. Mais il faut écrire uvée, cela ne fait aucun doute.

La thérapeutique physiologique du choléra

D'après le professeur SEMMOLA (de Naples).

Il paraît que les plus profonds dissentiments se sont manifestés à Naples parmi les médecins, au point de vue du traitement, pendant l'épidémie cholérique. La violence incomparablement plus grande avec laquelle le mal sévissait dans cette ville explique d'ailleurs que les questions thérapeutiques y aient été plus ardemment controversées qu'à Paris.

Un jeune savant napolitain, qui est venu nous visiter, nous a conté quelques traits bien typiques du délire thérapeutique dont quelques-uns de ses compatriotes ont donné des marques. Mais il serait de mauvais goût de les ébruiter. En revanche, il n'est pas sans intérêt d'analyser brièvement le travail que M. le professeur Semmola a fait lire le 25 novembre à l'Académie.

M. Semmola n'est pas absolument convaincu de la réalité des doctrines parasitaires de Koch; en tout cas, elles ne lui paraissent pas pouvoir jamais être prises comme point de départ d'un traitement abortif. Et cela pour deux raisons : d'abord, si l'on introduit des agents parasiticides puissants dans le tube intestinal en proportion suffisante pour tuer tous les microbes, on risque fort de tuer du même coup le malade. En outre, la mort du microbe n'arrêterait par l'évolution de la maladie, dont les symptômes les plus graves semblent être sous la dépendance de principes chimiques (ptomaïnes) qui ont empoisonné déjà les centres nerveux, quand la diarrhée apparaît. Celle-ci serait le résultat d'une perturbation profonde du sympathique abdominal; car les troubles sécrétoires, l'hyperémie de la muqueuse et la chute de son épithélium attestent le dérangement de la circulation et de la nutrition de l'intestin.

M. Semmola réfute l'erreur de ses confrères qui, rééditant l'opinion émise en 1836 par le professeur napolitain Galbiati, ont confondu avec l'infection paludéenne l'infection cholérique, prétendue *fièvre pernicieuse du Gange*, et cherché vainement à la combattre par des sels de quinine. Il lui paraît même invraisemblable qu'on puisse jamais arriver à découvrir, par la voie du laboratoire, un spécifique, un quinquina du choléra.

En tout cas, présentement, il convient, dit M. Semmola, de s'en tenir au traitement symptomatique et physiologique.

Le *traitement symptomatique* oppose : à la fluxion intestinale, les astringents ; à la faiblesse, les excitants ; à l'algidité, la chaleur artificielle et l'alcool, etc. ; à la paralysie du cœur, les injections d'éther sulfurique ou autres.

Mais, pour remplir ces indications symptomatiques, il est nécessaire de n'employer que des agents incapables de produire eux-mêmes des troubles profonds dans l'économie, et dont l'action soit fugace. Autrement, lorsque l'organisme sera parvenu à triompher de l'algidité par sa seule réaction, les effets biologiques des médicaments employés, mais non encore absorbés, éclateront brusquement sous forme d'accidents inflammatoires graves (gastrite, encéphalite) ou toxiques (atropinisme, strychniisme).

Il paraît, notamment, qu'à Naples un abus regrettable a été fait de la médication alcoolique, et les effets de l'alcool sur les habitants de ce pays, qui n'y sont pas habitués

comme nos hommes du Nord, ont été très souvent désastreux ; on a pu constater de nombreuses gastrites suraiguës, hémorrhagiques ou phlegmoneuses, survenant au moment de la réaction.

Quant au *traitement physiologique*, pour M. Semmola, c'est « celui qui, sans troubler l'organisme par de puissantes actions pharmaceutiques, se propose seulement d'augmenter de toutes les façons la résistance de l'économie vivante contre l'invasion progressive de l'empoisonnement cholérique. »

Les bases en sont les suivantes :

a. *Repos absolu du tube gastro-intestinal par le jeûne complet* dès l'apparition de la plus légère manifestation diarrhéique en temps de choléra. « Une simple tasse de consommé contribue à favoriser le développement d'une forme cholérique grave... Après le plus petit accès diarrhéique, les plus petites quantités d'aliments ingérés constituent une vraie mitrailleuse, que l'on met dans les mains d'un ennemi acharné, mais peut-être encore impuissant à porter des coups mortels. » — La diète rigoureuse doit être continuée encore après la réaction, vingt-quatre heures au moins après la cessation de toute manifestation diarrhéique ; M. Semmola et les médecins du corps sanitaire de la Croix-Blanche, dont il était le chef, ont tous vu des cas où cinq à six cuillerées de bouillon, administrées prématurément, ont suffi à faire recommencer l'asphyxie et l'algidité qui avaient cédé la place à une réaction salutaire, mais avec persistance de quelques selles diarrhéiques, même colorées. C'est le lait, à petites doses, qui doit être préféré, quand on recommence l'alimentation.

b. *Exciter à propos l'activité physiologique de l'organisme par des moyens presque physiologiques*, dont le type est le *bain chaud* de 38 à 40°, répété selon les besoins.

Le *moment opportun*, c'est la première étape de la maladie, alors que l'algidité n'est pas encore commencée; il ne s'agit pas de réchauffer physiquement, comme on le croyait autrefois, la surface cutanée refroidie, autant vaudrait essayer de réchauffer un cadavre. Lorsque les facteurs biologiques de la chaleur sont profondément lésés, le réchauffement physique externe n'est qu'une ressource à peine symptomatique.

Au contraire, si l'on recourt au bain chaud dès que le malade, souffrant même d'une légère diarrhée, commence à éprouver un sentiment de gêne épigastrique avec ou sans vomissement, on en tire des effets biologiques merveilleux. « En effet, le bain chaud de 38 à 40° excite le très riche réseau nerveux périphérique, stimule par action réflexe les centres nerveux de la circulation, et en conséquence produit un rétablissement harmonique des rapports fonctionnels physiologiques entre la surface cutanée et la muqueuse gastro-intestinale; enfin, le bain chaud favorise, avec la sueur, l'élimination des principes toxiques qui, sans aucun doute, sont la cause de l'empoisonnement du système nerveux.

Pour soutenir et favoriser tous ces effets du bain chaud, qui doit durer de 10 à 15 minutes, il faut le répéter plusieurs fois, à intervalles d'une ou deux heures, envelopper le malade en sortant du bain dans des couvertures de laine et lui administrer des boissons chaudes aromatiques et légèrement alcoolisées.

c. Administrer *à petites doses l'opium,* qui, sans compter son action favorable sur la sécrétion morbide de l'intestin, agirait surtout en stupéfiant les centres nerveux et diminuerait les effets toxiques des principes absorbés par la muqueuse intestinale, à peu près comme la curarisation préalable neutralise le strychnisme chez les animaux.

La période de réaction est justiciable presque uniquement du régime lacté; quand elle est accompagnée d'une fièvre violente, on peut utiliser l'application graduelle et méthodique de compresses froides locales, et même, si la température se maintient d'une façon persistante au-dessus de 40°, recourir aux applications générales du froid, comme dans l'hyperthermie des maladies infectieuses. Mais il n'y a aucun bénéfice à tirer des antipyrétiques internes.

Dans cette période, on voit souvent persister un trouble de la fonction qui avait été le plus rudement atteinte au plus fort de la maladie. Ainsi, lorsque dans la période de choléra confirmé on a vu prédominer les symptômes gastriques, vaso-moteurs, cardiaques ou asphyxiques, on doit s'attendre à voir les centres d'innervation correspondant à chacune de ces manifestations cliniques demeurer longtemps languissants, comme si leur force avait été épuisée par le poison cholérique. On opposera à chacun de ces accidents prolongés les moyens physiologiques les plus propres à les combattre : les injections hypodermiques de sels de caféine contre l'hyposthénie cardiaque, de strychnine contre l'angoisse épigastrique avec anorexie, et les inhalations d'oxygène avec de petites doses de valérianate de quinine (par voie hypodermique) contre l'état subcyanotique persistant. — P. L. G.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 décembre 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

SOMMAIRE : Suite de la discussion sur l'ostéomyélite. — Rapports : Sur une amputation ostéoplastique du pied ; — sur un travail intitulé : *Des fistules uréthro-péniennes consécutives à la mortification des parois de l'urèthre par constriction de la verge; de leur traitement;* — sur un travail intitulé : *De l'hydarthrose tuberculeuse.* — Sur une observation de subluxation des cinq métacarpiens sur le carpe ; réduction après un mois. — Communication : Observation de cancer du corps thyroïde ; thyroïdectomie ; guérison.

A l'occasion du procès-verbal de la dernière séance et de la discussion sur l'ostéomyélite, M. LARGER rappelle l'observation d'un malade qu'il a présenté dans le temps à la Société de chirurgie et auquel il avait pratiqué la trépanation du fémur avec évidement des parties malades, dans le but d'éviter les accidents éloignés de l'ostéomyélite des adolescents. Cet évidement est d'une exécution facile, lorsqu'on le pratique dès le début de la maladie, et il est inoffensif. M. Larger a été surpris de la rapidité avec laquelle s'est effectuée, chez son jeune malade, la réparation de la partie évidée. La guérison ne s'est pas démentie depuis cette époque. M. Larger critique la dénomination d'ostéomyélite à laquelle il préfère celle de phlegmon du tissu osseux.

— M. TERRIER fait un rapport sur une observation d'amputation ostéoplastique du pied adressée par M. le docteur Villeneuve (de Marseille).

Il s'agit d'une femme de 52 ans, de bonne constitution apparente, sans antécédents spéciaux, entrée à l'Hôtel-Dieu de Marseille pour un abcès du dos du pied gauche dont elle guérit rapidement. Un mois après, nouvel abcès pour lequel elle entre à la Conception, où on lui pratique la résection partielle des os du pied, sans doute parce que l'abcès fut jugé symptomatique de lésions osseuses.

Le 1er janvier 1883, époque où M. le docteur Villeneuve prend le service dans lequel se trouvait la malade, ce chirurgien constate la persistance des lésions osseuses du côté du tarse, l'existence de trois trajets fistuleux et l'intégrité du calcanéum.

N'obtenant pas d'amélioration par les moyens ordinaires, généraux et locaux, M. Villeneuve décida la malade à subir l'amputation du pied avec conservation du calcanéum réséqué.

Cette opération fut pratiquée le 15 mars avec toutes les précautions de la méthode de Lister, et suivant les règles décrites dans le *Traité* de M. Farabeuf.

Les artères furent tordues et non liées, les lambeaux furent réunis par six points de suture en fil d'argent; un drain traversa la plaie de part en part au-devant des os. Puis, pour maintenir les parties osseuses en contact, deux longs clous d'acier furent enfoncés à travers les parties osseuses par le talon à l'aide de quelques légers coups de marteau.

Pansement de Lister et, par dessus, pansement ouaté de M. Alph. Guérin.

Suites très simples; la température ne dépasse pas 38° et le pouls 80.

Le pansement est enlevé au bout de douze jours; la plaie est réunie, sauf au niveau du drain, bien entendu: les points de suture sont retirés. Mais les clous qui faisaient une saillie de 2 centimètres hors de la peau du talon, et étaient mobiles, sont de nouveau enfoncés et les lambeaux de l'amputation assujettis à l'aide de bandes de diachylon.

Le 4 avril, dix-huit jours après, M. Villeneuve enlève les clous d'acier et maintient toujours les parties avec du diachylon jusqu'aux premiers jours de mai, époque de la complète guérison de la plaie. La malade, qui marche très bien, quitte l'hôpital.

En septembre, il s'était produit une petite fistule pour laquelle des injections de teinture d'iode ont été prescrites; la malade continue de bien marcher; elle a été perdue de vue.

— M. TILLAUX rend compte d'un travail de M. le docteur Robert, professeur agrégé au Val-de-Grâce, intitulé : *Des fistules uréthro-péniennes consécutives à la mortification des parois de l'urèthre par constriction de la verge; de leur traitement.*

Ce travail repose sur une observation personnelle à l'auteur, et sur deux cas observés par lui, l'un dans le service de M. Duplay, l'autre à l'hôpital Trousseau.

Dans l'observation personnelle à l'auteur, il s'agit d'un Arabe vagabond et en grande partie privé de ses facultés mentales, qui, trois semaines avant son entrée à l'hôpital d'Aumale (Algérie), s'était introduit la verge dans un anneau métallique.

Il en résulta un gonflement considérable de l'organe et une rétention complète d'urine

pendant quarante-huit heures; puis une fistule urinaire s'établit en arrière de l'anneau. M. Robert libéra d'abord la verge en passant une sonde de Blandin entre l'anneau et la peau, et en limant le corps étranger.

La perte de substance de l'urèthre mesurait 1 centimètre en hauteur et 1/2 centimètre en largeur.

Lorsque les choses eurent repris leur aspect à peu près normal, et qu'il ne resta plus que la fistule, M. Robert pratiqua, pour guérir celle-ci, l'uréthroplastie à double lambeau superposé. Un premier lambeau pris sur les côtés de la fistule fut rabattu sur celle-ci de façon à présenter la face cutanée du côté de l'urèthre; un second lambeau taillé sur le scrotum, en arrière de la fistule, fut attiré d'arrière en avant de façon à opposer sa face cruentée à la face cruentée du premier, le tout maintenu par des sutures; une sonde fut placée à demeure.

Les choses allèrent bien tout d'abord, mais, le quatrième jour, les sutures échappèrent et l'urine coula de nouveau par la fistule. Cependant celle-ci était réduite à 2 millimètres, lorsque le malade quitta l'hôpital, et l'urine coulait en grande partie par le méat.

Ainsi, malgré des soins très bien dirigés et une opération très sagement conduite, il y a eu échec. C'est que, dans la cure des fistules urinaires avec perte de substance, aux difficultés habituelles d'obtenir une réunion immédiate, qui est ici de rigueur, se joint la présence de l'urine dont il est si difficile d'empêcher le contact avec le champ opératoire.

Le procédé choisi par M. Robert était évidemment le meilleur pour le cas dont il s'agit, l'uréthrorrhaphie devant céder le pas à l'uréthroplastie, quand il existe une large perte de substance. Mais la difficulté est d'empêcher le contact de l'urine avec la plaie. L'idée d'établir une boutonnière périnéale en arrière de la fistule, pour détourner l'urine, est ingénieuse ; mais, outre qu'elle aggrave l'acte opératoire, elle ne peut atteindre complètement le but et empêcher qu'un peu d'urine suive la paroi supérieure du canal.

Quant à la sonde à demeure, elle présente, dans l'uréthroplastie, des inconvénients sérieux; elle détermine toujours un certain degré d'uréthrite et peut amener la suppuration des lambeaux; de plus, elle ne met pas absolument à l'abri du contact de l'urine, dont très souvent une petite quantité s'engage entre la sonde et les parois du canal. Le cathétérisme avec une sonde molle paraît donc préférable à M. le rapporteur.

M. Tillaux déclare qu'il y aurait lieu, en outre, de recourir à la ponction répétée de la vessie, devenue aujourd'hui inoffensive, grâce à l'aspirateur de M. Dieulafoy.

Cette ponction peut être pratiquée plusieurs jours de suite sans inconvénients, et il suffirait que, pendant quatre ou cinq jours, il ne pût passer une goutte d'urine dans le canal de l'urèthre pour assurer les chances de la réunion immédiate des lambeaux de l'uréthroplastie.

M. Tillaux pense qu'il faut d'abord essayer de pratiquer le cathétérisme aussi rare que possible ; mais que si, pour une cause quelconque, cette manœuvre est contre-indiquée, il conviendra de recourir à la ponction vésicale une ou deux fois dans les vingt-quatre heures.

M. Verneuil préfère de beaucoup l'uréthrorrhaphie à l'uréthroplastie, excellent procédé de cabinet, mais qui échoue à peu près constamment au lit des malades. Avec un avivement large, des sutures métalliques et la sonde à demeure en caoutchouc rouge, de petit calibre, on a, suivant lui, tous les éléments de succès du traitement des fistules péniennes par l'uréthrorrhaphie.

Le contact de l'urine saine avec la paroi de l'urèthre n'empêche nullement celle-ci de se cicatriser, pas plus qu'il n'empêche la guérison d'une fistule vésico-vaginale ou d'une périnéorrhaphie. Ce sont seulement les urines ammoniacales, ou celles qui sont trop chargées d'acide urique ou d'urate, comme l'urine des goutteux ou des graveleux, qui font échouer la réunion immédiate, ainsi que M. Verneuil en a observé des exemples. Mais l'urine saine n'est jamais nuisible à la réussite de l'uréthrorrhaphie.

En résumé, M. Verneuil pense que, dans l'immense majorité des cas, l'uréthrorrhaphie, suivant la méthode américaine, est supérieure de beaucoup à l'uréthroplastie, que la sonde à demeure en caoutchouc flexible et de petit calibre est parfaitement tolérée par la paroi de l'urèthre pendant les quelques jours nécessaires à la consolidation des sutures, qu'enfin le contact de l'urine avec la plaie opératoire n'est nuisible que lorsque ce liquide est altéré. Pour lui, il a presque toujours réussi, dans ces conditions, par l'uréthrorrhaphie seule, sans lambeaux.

M. Berger doute que la ponction répétée de la vessie, que l'on a proposée dans le but d'éviter la sonde à demeure et le passage de l'urine sur la plaie de l'opération, puisse

être praticable sur des vessies à l'état sain. Il lui semble bien difficile d'obtenir des malades, surtout des enfants, de ne pas uriner pour permettre à la vessie de se distendre en vue de la ponction à pratiquer deux fois par jour.

M. Théophile Anger a vu survenir très fréquemment des accidents sérieux par l'emploi de la sonde à demeure : cystite du col, uréthrite, orchite, etc. Tout récemment, chez un enfant de 3 ans, qu'il a opéré pour une fistule uréthrale, il n'a pas mis de sonde à demeure ; il y a eu un peu de rétention d'urine, mais il a suffi de placer l'enfant dans un bain pour le faire uriner. M. Anger pense que la sonde à demeure en caoutchouc rouge devra être laissée en place tout au plus 24 ou 48 heures, sous peine d'accidents. Quant à la ponction de la vessie, il hésiterait à la faire, surtout chez les enfants.

M. Richelot pense que le contact de l'urine avec les plaies peut exercer une influence fâcheuse sur leur cicatrisation, par le fait de son action physique ou mécanique, au même titre que le contact de la salive, dans la fistule du canal de Sténon, empêche la cicatrisation de cette fistule. L'urine peut donc être nocive par sa présence et son action mécanique, sans que l'on doive incriminer ses qualités chimiques.

M. Gillette a vu, sur un malade auquel il avait pratiqué l'uréthrorrhaphie pour une fistule uréthro-pénienne, l'urine poussée par la contraction vésicale venir, le troisième jour, rompre les sutures par une véritable action mécanique.

Quant à la sonde à demeure, M. Gillette n'en est point partisan, même d'une sonde molle en caoutchouc rouge ; il préfère pratiquer le cathétérisme toutes les fois qu'il en est besoin.

M Tillaux croit également qu'il vaut mieux faire le cathétérisme répété que de placer une sonde à demeure ; mieux vaudrait même faire la ponction répétée de la vessie. La sonde à demeure, la sonde en caoutchouc rouge est dangereuse, plus dangereuse même que la sonde ordinaire, parce que, grâce à sa flexibilité, son extrémité vésicale peut être poussée hors de la vessie par le flot de l'urine, à l'insu du chirurgien, qui la croit toujours en place ; l'urine, souvent alcaline, passe alors entre la sonde et la paroi uréthrale qu'elle irrite.

La ponction de la vessie, comme l'a dit M. Berger, ne pourrait pas, sans doute, être pratiquée chez des enfants de 3 ans ; mais elle est très praticable chez des individus raisonnables, qui peuvent fort bien s'abstenir d'uriner, sachant que le sort de l'opération uréthroplastique dépend de leur patience. Deux ponctions par jour, pendant quatre jours au maximum, suffisent pour assurer le succès de l'uréthroplastie. Des chirurgiens l'ont pratiquée jusqu'à 25 fois sans le moindre inconvénient.

M. Chauvel donne lecture d'un travail de M. le docteur Poulet, professeur agrégé au Val-de-Grâce, ayant pour titre : *De l'hydarthrose tuberculeuse.*

C'est à l'autopsie d'un malade de 24 ans, atteint d'hydarthrose du genou et de pleurésie à la suite d'une fièvre typhoïde, et qui succomba rapidement, enlevé par une méningite tuberculeuse aiguë, que M. Poulet a trouvé les lésions décrites dans la note dont il s'agit.

A la surface de la synoviale du genou malade existait une éruption confluente de tubercules miliaires, de la grosseur d'une tête d'épingle, présentant une teinte opaline avec un point central opaque. La capsule était un peu vascularisée ; les cartilages et les os étaient sains.

L'examen histologique montra que la synoviale épuisée avait perdu son épithélium et qu'elle était constituée par un tissu conjonctif lâche, rempli d'éléments embryonnaires. Au-dessous, on voyait des follicules tuberculeux dispersés, à tous les degrés de développement, ne constituant, en aucun point, de véritables nodules.

Dans la capsule articulaire, les lésions étaient encore moins profondes ; tout au plus les vaisseaux étaient-ils un peu plus nombreux et atteints, par places, d'endartérite végétante ou entourés de cellules embryonnaires.

Le diagnostic de cette affection, à l'heure qu'il est, ne peut être établi que d'après sa marche.

Quant au traitement, M. Chauvel avoue qu'il serait peu tenté de suivre les errements de la pratique de Kœnig qui, en pareil cas, ouvre le genou et résèque les parties de synoviale qu'il peut atteindre. Il pense, en effet, que laisser une partie de la synoviale tuberculisée, c'est s'exposer à des récidives et faire courir aux malades d'inutiles dangers.

M. Tillaux déclare qu'il s'associe complètement aux réserves de M. le rapporteur.

M. Chauvel donne lecture d'un second rapport sur un autre travail de M. Poulet relatif à une observation de subluxation des cinq métacarpiens réduite après un mois.

M. Chauvel admet avec l'auteur l'existence d'une luxation incomplète en avant des cinq métacarpiens sur les os du carpe, et il loue M. Poulet d'avoir tenté la réduction, qui paraît avoir réussi, du moins en partie.

— M. Marchand communique une observation intitulée : *Cancer de la glande thyroïde ; extirpation complète de l'organe ; absence de récidive quinze mois après l'opération.*

Le sujet de cette observation est une femme de 32 ans, de forte constitution, sans antécédents héréditaires de nature cancéreuse, née et domiciliée à Paris, n'ayant jamais eu, d'ailleurs, d'affection du côté de la glande thyroïde. Dix-huit mois avant l'époque où elle vint consulter M. Marchand, elle s'était aperçue de l'existence d'une grosseur à la partie antérieure du cou, dans la région thyroïdienne. Le développement de cette tumeur se fit lentement et progressivement sans provoquer aucune douleur ni localement ni à distance.

La malade ne tarda pas à éprouver des accidents de compression des voies aériennes, une dyspnée, qui, d'abord faible ou provoquée seulement lorsqu'elle se livrait à des mouvements brusques, devint bientôt considérable et à l'état continu et finit par être accompagnée d'un bruit de cornage permanent.

Deux mois avant de venir consulter M. Marchand, elle avait été prise d'accès de suffocation d'une violence telle que, dans l'un de ces accès, elle resta sans connaissance et sans mouvements pendant cinq minutes et qu'on la crut morte.

Au moment où M. Marchand vit la malade, il constata la présence, à la partie médiane du cou, d'une tumeur du volume d'un œuf, d'une dureté ligneuse, sans limites bien précises, paraissant se perdre sous les muscles sterno-mastoïdiens. La pression exercée sur cette tumeur n'y provoquait aucun sentiment de douleur; mais, pour peu que l'examen fût prolongé ou que cette pression fût exagérée, la malade était prise d'une sensation si pénible de suffocation qu'il fallait aussitôt interrompre l'examen.

A la suite de ses constatations, M. Marchand crut à l'existence d'un fibrome du corps thyroïde, avec prolongement rétro-sternal comprimant la trachée, ce qui donnait ainsi l'explication des accès de suffocation éprouvés par la malade.

Comme elle avait subi, sans succès durable, diverses médications par les préparations iodées tant à l'intérieur qu'à l'extérieur et qu'elle était perpétuellement sous la menace d'accès de suffocation pouvant un jour ou l'autre entraîner la mort, M. Marchand se décida, non sans quelques hésitations causées par la crainte de rencontrer des adhérences plus ou moins étendues avec la trachée, à pratiquer la thyroïdectomie.

Cette opération fut faite le 18 août 1883, avec le concours de MM. Charles Monod et Henriet, après anesthésie. Incision longitudinale, sur la ligne médiane du cou, dépassant largement le néoplasme en haut et la fourchette sternale en bas. Cette incision divisa un certain nombre de veines anormalement développées.

Arrivé sur la tumeur, M. Marchand trouva une surface d'un rose grisâtre, parcourue par des vaisseaux assez volumineux, mais dont l'aspect différait notablement de celui du corps thyroïde hypertrophié. D'autre part, au lieu de venir faire saillie entre les lèvres de la plaie, comme c'est fréquemment le cas dans les thyroïdectomies pratiquées pour des goîtres hypertrophiques, lorsque la sangle musculaire sous-hyoïdienne qui les comprime est divisée, la tumeur restait profondément située, mal découverte malgré la longueur de l'incision et la forte extension du cou de la malade.

M. Marchand procéda à l'isolement de la face antérieure de la tumeur ; en s'aidant de la sonde cannelée, du doigt, de la spatule, il parvint ainsi, tant bien que mal, à la dégager de ses connexions avec les parties environnantes. Mais il fallut, pour mieux découvrir la tumeur, pratiquer à partir de l'extrémité inférieure de la première incision une autre incision transversalement dirigée à droite le long de la base du cou et formant une sorte de lambeau triangulaire comprenant la peau, les muscles préthyroïdiens et une légère échancrure des muscles sterno-mastoïdiens.

Ce lambeau étant fortement écarté et la tumeur plus complètement découverte, M. Marchand réussit, avec de grandes précautions, en faisant des tractions sur elle, divisant les tissus à petits coups de bistouri et de ciseaux, sectionnant les vaisseaux au fur et à mesure entre deux ligatures, à la faire basculer et finalement à la renverser complètement. Il reconnut alors qu'elle n'avait pas de prolongement rétro-sternal, mais que son bord inférieur se continuait avec un tissu cellulaire tellement dense qu'il eût été à peu près impossible d'isoler les vaisseaux compris dans son épaisseur. Il fit donc, pour abréger, trois pédicules dont chacun fut coupé entre deux ligatures. Il vit avec satisfaction qu'il ne restait dans ces ligatures aucune partie de la tumeur ; celle-ci avait donc été complètement enlevée.

La trachée, malgré une compression de dix-huit mois, avait sa forme et sa consistance normale, ce qui explique comment la malade avait pu supporter sans asphyxie cette longue opération qui avait duré près de deux heures. Il y avait eu d'ailleurs une perte de sang relativement peu considérable. Sutures métalliques, drain, pansement antiseptique, application d'éponges antiseptiques sur les lambeaux cutanés, guérison sans le moindre accident, telles furent les suites très simples de cette laborieuse opération.

Trois semaines après, la malade pouvait retourner chez elle en très bon état de santé, mais portant encore dans sa plaie quatre fils qui ne purent être détachés qu'au bout de quelques semaines.

L'examen histologique de la tumeur, fait au Collège de France, y a montré tous les caractères du tissu cancéreux ; cependant, il n'y a pas eu de récidive, bien que l'opération date aujourd'hui de seize mois.

— Nomination de commissions de prix :

Prix Duval : MM. Marjolin, Nicaise, Bouilly, Pozzi, Berger.

Prix Laborie : MM. Le Dentu, Delens, Chauvel, Marchand, Terrillon. A. T.

COURRIER

Mutations dans les hôpitaux. — Il faut ajouter, aux mutations des chirurgiens telles que nous les avons indiquées dans notre dernier numéro, le passage de M. Humbert du Bureau central à l'hôpital du Midi.

Concours. — Le concours des prix de l'internat des hôpitaux et hospices civils de Paris s'est terminé le 1er décembre.

Les dernières questions de l'épreuve orale ont été :

a. Pour les élèves de la première division (internes de troisième et quatrième années) : 1° luxation congénitale de la hanche ; 2° accidents nerveux du saturnisme.

b. Pour les élèves de la deuxième division (internes de première et deuxième années) : 1° hernie inguinale congénitale ; 2° hydrocèle vaginale ; 3° paralysie de la troisième paire.

Les résultats du concours sont les suivants :

Première division. — (Médaille d'or) : M. Richardière (Henri-Alphonse), interne de quatrième année à l'hôpital des Enfants-Malades. — Accessit. (Médaille d'argent) : M. Babinski (Joseph-François), interne de quatrième année à l'hôpital Cochin. — Première mention : M. Charrin (Benoit-Jérôme), interne de quatrième année à l'hôpital Lariboisière. — Deuxième mention : M. Darier (Ferdinand-Jean), interne de quatrième année à l'hôpital Saint-Antoine.

Deuxième division. — (Médaille d'argent) : Prix, M. Hallé (Adrien-Joseph), interne de deuxième année à l'hôpital Beaujon. — Accessit. (Livres) : M. Hartmann (Henri-Albert), interne de deuxième année à l'hôpital Trousseau. — Première mention : M. Roger (Georges-Eugène), interne de deuxième année à l'hôpital Trousseau. — Deuxième mention : M. Dubreuilh (William-Auguste), interne de deuxième année à l'hôpital Saint-Louis.

Hôpital des Enfants-Malades. — M. le docteur de Saint-Germain, chirurgien de l'hôpital, reprendra ses leçons cliniques le jeudi 18 décembre à neuf heures.

Il traitera spécialement cette année *des affections oculaires chez les enfants.*

Société de médecine de Paris. — Aux élections du bureau pour l'année 1885, ont été nommés : M. de Beauvais, président ; M. Gillebert d'Hercourt père, vice-président ; M. Thorens, secrétaire général ; M. Perrin, trésorier ; M. Rougon, archiviste ; MM. Christian et Deligny, secrétaires annuels ; MM. Polaillon et Richelot fils, membres du conseil d'administration ; MM. Marchal, Thevenot, Dubuc et Apostoli, membres du comité de rédaction.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

BULLETIN

Académie de médecine, 16 décembre 1884. — Trois rapports également intéressants ont défrayé la séance : de MM. Mesnet, Gariel et Féréol. Celui-ci avait, sans contredit, la tâche la plus ingrate : dépouiller les communications ineptes, folles ou audacieuses dont le prix Saint-Paul est chaque année l'occasion, en séparer les travaux de valeur qui, sans atteindre le but, s'en rapprochent plus ou moins et témoignent d'un sérieux effort. Il s'agit, comme on le sait, de trouver un remède « efficace et souverain » contre la diphthérie. Le rare bonheur avec lequel M. Féréol remplit sa mission nous rappelle d'autres rapports dont l'épidémie cholérique a fait les frais depuis quelques mois, et que toujours l'Académie écoute avec faveur. Qu'il s'agisse du choléra ou de la diphthérie, de M. Le Roy de Méricourt ou de M. Féréol, c'est toujours avec la même aisance et la même délicatesse de touche que l'orateur se débrouille au milieu du chaos des élucubrations stériles, pour mettre en lumière les idées neuves, utiles ou seulement sincères qui méritent récompense ou encouragement.

Association générale des médecins de France. — Un écho des paroles de notre cher président, M. Henri Roger, est toujours une bonne fortune pour les membres de l'Association, et pour nous en particulier. Aussi publions-nous avec empressement l'allocution suivante, prononcée au commencement de la dernière séance du Conseil :

Vous savez, Messieurs, que le conseil de l'Association vient de faire une perte sensible dans la personne de M. Fauvel : dans un éloquent exposé de ses titres scientifiques et de ses actes, M. Bergeron a montré, à l'Académie de médecine, les services rendus par l'hygiéniste illustre à la science, au pays, à l'Europe qu'il a pu préserver du choléra aussi longtemps qu'ont été maintenues avec rigueur les institutions sanitaires établies par le grand Conseil international d'hygiène, dont il avait été l'instigateur et dont il fut l'âme. L'Académie a accueilli avec des applaudissements unanimes les louanges émues adressées à la mémoire de son vice-président d'hier par son digne vice-président d'aujourd'hui. Nous aussi, accordons un souvenir amical à l'éminent collègue qui, pendant de longues années et tant qu'il ne fut point trahi par ses forces, fut un des plus exacts et des plus assidus à nos séances. Certes, je puis dire que M. Fauvel a servi grandement l'Association par la constance de son zèle, par son concours utile et persévérant, comme par l'autorité de son nom et l'éclat de ses mérites scientifiques.

Dans cette même séance, M. H. Roger a annoncé que le professeur Lannelongue venait de faire un don de 2,000 francs à la caisse des pensions viagères d'assistance de l'Association.

— Nous recevons la lettre suivante :

12 décembre 1884.

Monsieur le rédacteur en chef,

Permettez-moi de vous faire observer que vous avez été induit en erreur au sujet du nombre des lits que comporte mon service à l'hôpital des Enfants-Malades. Dans le *Bulletin* de l'*Union Médicale* du 11 courant, vous voulez bien me donner 120 lits. Or, je n'ai que 64 lits de chirurgie et 40 lits exclusivement réservés aux affections des yeux.

Je crois utile de relever cette erreur tout involontaire. Permettez-moi donc d'espérer

de votre part une rectification, confiant en votre bienveillance autant qu'en votre impartialité.

Veuillez agréer, Monsieur le rédacteur en chef, l'expression de mes sentiments les plus affectueusement dévoués.

De Saint-Germain,
Chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades.

En effet, mon cher collègue, j'ai parlé des services des Enfants et de l'hôpital Tenon; et la phrase qui suit est ainsi conçue : « 120 lits pour un seul homme, c'est exorbitant ». Vous avez pris le chiffre pour vous; en réalité, je pensais à l'hôpital Tenon, où je venais, le soir même, de faire une opération dans un service de 120 lits.

C'est donc bien entendu, vous avez 104 lits, pas un de plus. Or, entre les deux nombres, il n'y a que 16 de différence, et j'aurais pu dire aussi bien : 104 lits pour un seul homme, c'est exorbitant. Me direz-vous que, pour un chirurgien habitué à cet exercice matinal que vous avez tant préconisé dans de célèbres leçons, la besogne n'a rien d'excessif? Vous trouveriez peu d'écho parmi nous; j'ai déjà répondu par l'exemple de Lister, auquel je pourrais ajouter bien des chirurgiens renommés d'Angleterre et d'Allemagne. Si j'en crois certains bruits, c'est aujourd'hui l'opinion du plus grand nombre que, dans des services moins chargés, la chirurgie serait meilleure et se ferait à tête reposée, comme l'exigent les progrès de notre art.

Puisque la question des enfants est soulevée, songez, mon cher collègue, à ces pauvres os malades, à ces articulations boîteuses qui sont privés des secours de la chirurgie, parce que notre organisation hospitalière n'a pas changé depuis cinquante ans; qui attendent à la porte, sont placés à tour de rôle et toujours trop tard, débordent jusque dans les services de médecine où ils s'ankylosent de travers; à ces enfants dont les genoux fléchis et les attitudes suppliantes convient l'Assistance publique, *alma mater,* à utiliser en leur faveur toutes les forces vives dont elle dispose.

Aussi bien, je prêche un converti, car vous avez, mon cher maître, une de ces « situations acquises » dont j'ai parlé, auxquelles rien ne peut porter ombrage; car je vous sais l'esprit trop large et l'âme trop généreuse pour jamais vous opposer à cette utile réforme. — L.-G. R

Mutilation des organes génitaux,

Par le docteur Louis David (de Givors).

Le fait qui a servi de thème à ce rapport nous paraît intéressant à plusieurs points de vue. D'abord les cas de mutilation volontaire des organes génitaux sont assez rares; ensuite, il a été fort difficile de savoir si la blessure avait été faite par le blessé, comme cela est fort probable, ou si elle lui avait été infligée par autrui, comme il le prétendait; enfin, la lésion a donné lieu, au bout d'un certain temps, à un rétrécissement du tronçon d'urèthre persistant, ce qui a nécessité une opération réparatrice.

Rapport médico-légal sur un cas d'ablation des organes génitaux externes (pénis et testicules).

Je soussigné L. David, docteur en médecine, résidant à Givors, sur la réquisition de M. le juge de paix, me suis rendu à l'hospice de cette ville le 20 mai 1882, à neuf heures du soir, pour visiter le nommé P. Cho..., ancien mineur, âgé de 51 ans, lequel, en traversant un bois d'une commune voisine (Echallas), aurait été assailli, ce jour même, par trois individus qui, après avoir volé son argent (7 fr. 50), lui auraient amputé la verge et les deux testicules.

Il avait été trouvé, gisant dans un sentier du bois, par un habitant de Givors, qui, en venant d'Echallas, avait entendu des cris plaintifs. Les gendarmes l'ont ensuite fait transporter à l'hôpital de Givors.

J'ai trouvé le susnommé dans un état de refroidissement et de tremblement nerveux; il paraissait souffrir beaucoup.

Il était complètement vêtu. Le *pantalon*, en toile bleue, ne tenait que par un seul bouton, celui de la ceinture. Il était déchiré entre les jambes, suivant la couture médiane, sur une longueur de 25 centimètres d'avant en arrière, fortement imprégné de sang de chaque côté, aux parties correspondantes aux faces antérieure et interne des cuisses.

La *veste*, en drap noir, n'était pas déchirée et n'avait aucune trace apparente de sang ni sur les manches, ni ailleurs. Il en était de même du *gilet* et du *tricot*.

La partie antérieure et inférieure du corps de la chemise était *rougie* sur une large étendue par l'hémorrhagie. Le devant de la chemise, c'est-à-dire la partie découverte, ainsi que les manches, ne portaient pas de trace sanguine.

Le *chapeau* était fortement imprégné de vomissements vineux. On en remarquait aussi quelques traces sur la partie découverte du devant de la chemise. — Il peut être utile de dire en passant que des vomissements de même nature ont été trouvés, lors de l'expertise des lieux, sur le parcours que le blessé a fait après cette mutilation; ce qui prouverait que les vomissements dont il s'agit ont eu lieu après la blessure, et ont dû être provoqués par celle-ci plutôt que par un état d'ivresse.

Cho... ayant été complètement déshabillé et mis au lit, j'ai procédé, en présence des autorités requérantes, à l'examen de la blessure et au pansement.

Blessure. — Il y a eu amputation de la verge tout à fait à ras du pubis et ablation des deux testicules. Au lieu et place de ces organes, il n'existe plus qu'une plaie cruentée, en forme d'ovale allongé, ayant une direction légèrement oblique de haut en bas et d'avant en arrière. Son point de départ est à 3 centimètres 1/2 au-dessus de l'orifice du canal de l'urèthre sectionné, et s'étend jusqu'à la région périnéale, à 9 centimètres environ de l'anus. Le grand diamètre de la plaie suit exactement la ligne médiane du pubis et du périnée; il mesure 10 centimètres. Le diamètre transversal n'est que de 5 à 6 centimètres.

Les bords de la plaie présentent : 1° à droite, près de l'extrémité inférieure de l'ovale, un petit lambeau de peau de 1 centimètre 1/2 de longueur, formant un angle allongé dont la pointe est dirigée en haut; 2° du côté gauche, toujours près de l'extrémité inférieure de l'ovale, un lambeau cutané de près de 3 centimètres de long, sur 4 ou 5 millim. de large; il est aussi étroit à sa base qu'à son extrémité libre, dirigée directement en bas; à 3 centimètres 1/2 de l'extrémité supérieure de la plaie, et encore du côté gauche, existe une encoche de petite dimension.

La peau a été taillée nettement sur tous les autres points de la circonférence ovalaire. Les bords de la plaie s'étant rétractés et légèrement recroquevillés, la surface cruentée est un peu saillante, mais régulière. Abstraction faite des lambeaux insignifiants, quant à la dimension, et décrits ci-devant, la partie droite de la plaie est parfaitement symétrique avec la partie gauche. Les corps caverneux présentent un plan de section fort net; étant doués d'une rétractilité considérable, ils se sont retirés profondément et se trouvent complètement perdus au milieu des tissus environnants qui les recouvrent.

A son arrivée à l'hospice, le blessé ne perdait plus de sang et je n'ai pas eu besoin de pratiquer de ligatures artérielles. Mais, le 24 mai, en faisant le pansement du matin, une artère latérale des corps caverneux a donné lieu à une hémorrhagie qui m'a obligé de pratiquer une ligature. Le sang a jailli avec force sur ma manche droite, sur le devant de la chemise du blessé et contre le mur d'en haut, près de la tête du lit, qui a été ainsi largement maculé.

Ce fait m'autorise à répéter ce que j'avais dit déjà devant messieurs les magistrats instructeurs : si Cho... s'était mutilé lui-même, nous devrions vraisemblablement trouver du sang sur les manches de la veste et, s'il n'avait pas sa veste, sur les autres vêtements de dessous, tricot ou chemise. Or, nous avons dit plus haut que les parties apparentes de ces vêtements ne portent aucune trace de sang. Les deux bras et avant-bras ayant été mis à nu ne présentent non plus aucune tache sanguine. Les faces dorsale et palmaire des deux mains sont légèrement maculées par le sang, qui me paraît provenir du contact que les mains du blessé ont dû avoir infailliblement avec les objets ou les parties ensanglantées. En tous les cas, les traces de sang n'ont pas été produites par un jet artériel.

Pansement. — Assisté, en dernier lieu, de mon confrère M. le docteur Gamet, nous avons procédé ensemble au pansement. Nous avons d'abord placé une sonde à demeure, ce qui nous a donné la certitude qu'il n'existait aucun rétrécissement au delà de la section du canal. En tirant suffisamment la peau sur les bords latéraux de la plaie, nous

avons pu recouvrir complètement cette dernière et assurer la réunion par un certain nombre de points de suture.

J'ai examiné attentivement toute la surface du corps de Cho..., mais je n'ai pu découvrir aucune autre blessure. La tête, la face, le tronc, ainsi que les membres, ne portaient pas la moindre trace de violence récente, pas la moindre ecchymose. Les régions voisines de la blessure : le périnée, les faces interne et antérieure des cuisses, les plis de l'aine, le ventre, n'ont été atteints que par l'hémorrhagie.

Objets trouvés sur les lieux. — Le 21 mai, on m'a apporté à l'hôpital différents objets trouvés par les gendarmes et le juge de paix sur le lieu présumé du crime : un racloir, un marteau-hachette, une planchette, une paire de pantalons; enfin, les organes sexuels amputés et des aiguilles.

Le *racloir* est rectangulaire; il a 14 centimètres environ de longueur, et, approximativement, 6 de large, un bord tranchant assez bien affilé, et, au milieu de chaque bord latéral, un orifice de petite dimension. Il ne porte pas la moindre trace de sang. Sur l'une des faces existent seulement quelques taches de rouille qui paraissent récentes. Je n'admets pas que cet instrument ait servi à l'opération, ainsi que le prétendent les gendarmes, même leur lieutenant qui explique l'absence des taches de sang, en disant que Cho.. a pu laver l'instrument. Cho... dit qu'il ne lui appartient pas.

Le *marteau-hachette*, reconnu par ce dernier comme lui appartenant (presque tous les mineurs ont un instrument semblable), ne présente pas non plus de taches du sang. Il coupe assez bien d'un côté, mais il n'a pas pu servir à une amputation de ce genre.

La *planchette*, en bois de verne, porte des traces de sang sur une face seulement. Ce morceau de bois, selon l'explication des gendarmes, a-t-il servi de support, sur lequel Cho..., à l'aide du racloir et du marteau, aurait d'un seul trait coupé tous les organes génitaux externes? La forme, la situation et la direction de la plaie, ainsi que l'existence des lambeaux dirigés en sens opposé décrits précédemment, m'empêchent formellement d'admettre cette hypothèse. La direction de ces petits lambeaux prouve suffisamment que dans le cours de l'opération l'instrument n'a pas toujours été dirigé dans le même sens.

Les pantalons en toile, semblables à ceux dont était revêtu le blessé, étaient fortement imprégnés de sang, ils avaient aussi été déchirés au milieu des jambes suivant la couture médiane; les deux pantalons étaient tout à fait séparés. Cho... dit que cette déchirure, ainsi que celle des pantalons qu'il avait à son arrivée à l'hospice, ont été faites par les trois assaillants. Il portait sur lui, l'un sur l'autre, les deux paires de pantalons. Après l'opération, lorsqu'il est revenu à lui-même (il dit avoir perdu connaissance), se trouvant tout seul, il avait voulu enlever les pantalons de dessus qui étaient trop ensanglantés et plus déchirés que ceux de dessous.

Les *testicules* et le *pénis* se tiennent ensemble (1). Ce dernier est assez volumineux; il ne porte pas de traces d'autres blessures, si ce n'est une cicatrice blanche non indurée formant à l'extrémité du gland une excavation légère, au milieu de laquelle on voit le méat urinaire, passablement rétréci. La face inférieure de la verge présente aussi une surface décolorée ayant à peu près les dimensions d'une pièce de 50 centimes, qui a l'aspect d'une autre cicatrice. Au sujet de ces deux cicatrices antérieures, Cho... déclare qu'elles proviennent de brûlures faites dans les mines, il y a cinq ou six mois. Faut-il admettre cette version, ou bien dire que ces cicatrices sont les traces de chancres anciens? La question est difficile à résoudre. Le fait est que sur la cuisse gauche, il existe plusieurs autres cicatrices semblables que le blessé attribue aussi à des brûlures faites dans les mines où il a, dit-il, travaillé pendant quarante ans environ. Quoiqu'il en soit, je n'ai pas découvert chez cet homme d'indices certains de syphilis.

Les testicules sont d'assez grosse dimension; ils paraissent sains et n'ont pas été lésés par l'instrument tranchant.

La surface sectionnée a été étudiée par M. le docteur Coutagne, médecin au rapport, lequel a emporté à Lyon les organes amputés; il a aussi été chargé de décrire l'état des lieux.

Examen de l'état mental. — Les facultés intellectuelles sont peu développées, mais elles ne sont pas perverties. Depuis son entrée à l'hospice, Ch... a toujours répondu avec sens aux questions nombreuses qui lui ont été posées et n'a jamais varié dans les détails qu'il donne relativement à l'attentat dont il aurait été l'objet, comme aussi au

(1) Ils ont été trouvés au pied du tronc d'un vieux chêne près duquel l'opération avait eu lieu. Ils étaient cachés entre deux racines, légèrement recouverts de feuilles mortes et de terre.

sujet d'autres questions. Il est calme, un peu triste et parle peu; il y a chez lui une dépression générale qui peut s'expliquer par l'opération qu'il a subie.

Il ne sait ni lire ni écrire. Il dit n'être allé que pendant un mois à l'école, parce qu'il avait mauvaise mémoire.

Au point de vue des sentiments, je tiens de sa sœur et de lui-même également qu'il aime beaucoup ses parents et qu'il a fait pour eux tous les sacrifices possibles. Il n'a jamais quitté sa mère tant qu'elle a vécu, et il lui servait de soutien. Il est très sensible et impressionnable. Pendant tout le temps qu'il a travaillé dans les mines (40 ans) on n'a eu qu'à se louer de lui.

Sa sœur affirme qu'il n'a jamais fait d'excès alcooliques ; cependant elle s'accorde à dire avec son frère que le dimanche il buvait quelquefois un coup de trop, et qu'il buvait en moyenne trois bouteilles de vin par jour : une à chaque repas et une troisième pendant son travail.

D'après lui et même d'après sa sœur, il n'était pas porté pour les femmes, à tel point qu'il n'aurait jamais eu aucune relation sexuelle avec elles. Il ne serait pas épileptique; il n'aurait jamais donné de signes de folie, ni manifesté des idées de suicide. Les maladies mentales seraient inconnues dans sa famille.

Depuis quelques jours, sa blessure paraît le préoccuper beaucoup. Le 26 mai, il a demandé à la voir dans la glace; puis, dans la journée, il aurait pleuré. Il craignait d'abord de ne pas guérir, et, s'il guérissait, d'être ridiculisé plus tard.

Etat de santé physique. — Cet homme, d'une taille ordinaire, paraît robuste et bien constitué; il porte néanmoins le teint anémique des mineurs.

Les fonctions de la circulation et de la digestion sont tout à fait régulières. La vue est faible, ce qui l'aurait obligé de quitter le travail des mines. A l'aide de l'ophthalmoscope, on découvre des troubles cristalliniens de chaque côté. Je n'ai pas constaté des symptômes de paralysie générale. La parole n'est pas embarrassée; pas de mouvement fibrillaire de la langue; pas de tremblement des membres. S'il y a de l'alcoolisme, il n'est pas apparent.

Ajourd'hui, 31 mai, la plaie est dans un état avancé de cicatrisation. La partie médiane s'est réunie par première intention.

Conclusions. — 1° L'ablation des organes génitaux externes, subie par Cho... dans la journée du 20 main, constitue une blessure grave, fort dangereuse d'abord par l'hémorrhagie, et en outre par les complications qui auraient pu s'en suivre;

2° Cette amputation a dû être exécutée par une main assurée à l'aide d'un instrument fort et bien tranchant qui n'a pas toujours été dirigé dans le même sens dans le cours de l'opération ;

3° Le sieur Pierre Cho.., ne me paraît pas atteint d'alcoolisme, et malgré une observation minutieuse depuis son entrée à l'hospice, il n'a présenté aucun symptôme d'aliénation mentale ;

4° Plusieurs faits réunis, relatés dans le présent rapport, savoir : la situation, la régularité symétrique de la blessure, l'absence de traces de sang sur certaines parties apparentes des vêtements, la déchirure des pantalons, l'intégrité de la raison, me portent à croire, *sans toutefois pouvoir l'affirmer*, que Pierre Cho... n'est pas l'auteur de cette amputation.

Givors, le 31 mai 1882. Dr David.

Remarques. — Malgré les diverses raisons exposées dans mon rapport, contre une mutilation volontaire, j'ai gardé dans mes conclusions une certaine réserve à ce sujet. La nature des faits et diverses circonstances qui les ont accompagnés, laissaient en moi un certain doute.

Cho... nous avait fait le récit suivant :

« Il avait quitté le travail des mines à cause d'un affaiblissement de la vue (nous avons en effet trouvé des troubles cristalliniens à ses deux yeux et il était porteur de lunettes). Il voulait se placer à la campagne, soit comme berger, soit comme domestique. Il avait d'abord parcouru pendant plusieurs jours le canton de Mornant où il n'avait pu trouver ce qu'il désirait. Ensuite il était venu à Givors, où il n'avait passé qu'une seule nuit, puis il s'était dirigé vers une commune voisine (Echallas) essentiellement agricole. Il suivait la route de cette commune, lorsqu'à 3 ou 4 kilomètres de Givors il entendit parler plusieurs personnes dans un bois qui bordait le chemin. Il entra dans le bois pour aller à la recherche de ces gens auxquels il voulait demander des indications pour se placer. Il était dans un fourré à 200 mètres environ de la route, dans un endroit très en pente, lorsque trois individus surgissent devant lui et lui disent : « Il

nous faut de l'argent. » Sur sa réponse qu'il n'en avait pas, un des trois se précipite sur lui avec un sac dont il lui recouvre la face, et le terrasse ; et tandis qu'il le bâillonnait on lui enlève son porte-monnaie, puis on lui fait subir l'amputation dont nous avons parlé. Il ne peut pas dire avec quel instrument. Toujours est-il qu'il assure avoir eu avant un couteau de poche et ne pas savoir ce qu'il est devenu; il présume qu'on le lui a pris avec son argent. Ayant été surpris et bâillonné, il n'a pas pu crier ni se défendre ; puis il s'est évanoui et a perdu connaissance lorsqu'il a senti la douleur de l'opération. Lorsqu'il est revenu à lui, il n'y avait plus personne autour de lui. Alors il a enlevé le pantalon de dessus, trop déchiré par les agresseurs et trop maculé de sang ; puis il a fait une centaine de mètres en remontant le bois obliquement (on a pu suivre le trajet qu'il a fait par les traces de sang laissées sur le sol). Il s'est reposé à un endroit découvert et dominant le bois, où il a laissé des marques de vomissements vineux et le marteau-hachette dont nous avons parlé, trouvé ensuite par les gendarmes. Là, ayant reconnu qu'il s'éloignait davantage de la route, il a suivi un sentier qui descendait vers cette dernière. Il a été trouvé étendu dans le sentier à une vingtaine de mètres de la route ; les forces lui ayant manqué, il n'avait pu aller plus loin.

On a reconnu l'endroit où l'opération avait eu lieu par la quantité de sang répandue par terre. Cet endroit était très touffu et très en pente; mais le tronc d'un vieux chêne creux se trouvait immédiatement au-dessous et avait pu servir de point d'appui à l'exécution de l'opération. C'est au pied de cet arbre qu'ont été trouvés les organes amputés, légèrement recouverts de feuilles et de terre, entre deux racines ; on y a aussi trouvé divers autres objets dont nous avons parlé dans le rapport : un racloir, une planchette tachée de sang, une paire de pantalons déchirés en deux lambeaux et une certaine quantité de grosses aiguilles; quelques-unes étaient même au-dessus du tronc de l'arbre qui était peu élevé, un mètre environ. Sur le tronc, une ou deux petites branches avaient été coupées. Cho... avait bien reconnu les pantalons, le marteau-hachette, les aiguilles comme lui appartenant; mais il affirme que le racloir ne lui appartient pas et qu'il n'a pas apporté la planchette en cet endroit. Du reste, ainsi que nous l'avons dit déjà, le racloir, quoique bien affilé, ne peut pas avoir servi à l'opération.

Quant aux aiguilles, Cho... dit qu'il avait toujours avec lui des aiguilles, du fil et des boutons en cas de besoin. Nous avons en effet trouvé du fil et des boutons dans un porte-monnaie qu'il avait dans sa poche. Les agresseurs lui avaient enlevé un second porte-monnaie contenant la petite somme dont il était porteur, 7 fr. 50 environ.

Je sais que l'on trouve souvent dans cette contrée des ouvriers sans travail qui maraudent dans les bois avec un sac ; je sais aussi que l'on rencontre ici des gens capables de tout. Néanmoins cette histoire paraît étrange et extraordinaire.

Quant à moi, j'ai exposé les faits constatés et j'en ai tiré les conclusions qui me paraissaient vraisemblables, avec des réserves toutefois, car je n'avais pas vu encore l'état des lieux.

Plus tard, j'ai voulu visiter l'endroit en compagnie d'un jeune homme qui avait accompagné le procureur et le juge d'instruction, lors de leur descente sur les lieux. J'eus l'idée de faire abattre le tronc du chêne au pied duquel l'opération avait été faite, parce que ce tronc, complètement creux, avait vers le milieu de sa hauteur un trou arrondi par lequel on ne pouvait pas passer la main. Nous trouvâmes dans le tronc un couteau fermé et un étui en bois dont les deux morceaux étaient séparés.

Le couteau était recouvert de rouille mêlée, je crois, à des taches de sang desséché. Il coupait assez, mais il présentait quelques légères dentelures.

L'étui ne contenait rien.

Je plaçai les deux objets dans un papier et je les fis remettre en ma présence à Cho... qui était alors à peu près guéri. Celui-ci éprouva une certaine émotion lorsque, après avoir déplié le papier, il vit les objets qu'il prit et examina l'un après l'autre. Il reconnut parfaitement son couteau et son étui dans lequel il mettait ses aiguilles. Sachant qu'il avait beaucoup de confiance en moi, je l'engageai à m'avouer que c'était lui l'auteur de cette amputation, que personne ne le saurait; mais il persista toujours dans son premier dire.

Quoi qu'il en soit, je fus dès lors à peu près convaincu que Cho... s'était mutilé lui-même. Cet homme qui, d'après lui et même d'après sa sœur, n'avait jamais connu de femme, avait cependant une très grosse verge et de gros testicules. Il était donc probablement adonné à la masturbation; il est allé dans le bois pour satisfaire cette passion, et, dans un moment de paroxysme vénérien, sa raison s'étant égarée, il a pu se mutiler de cette façon sous l'influence d'une hallucination.

Ce qui corrobore cette version, c'est l'absence de traces de violence sur les autres parties du corps.

Je disais dans mon rapport que si Cho... s'était mutilé lui-même on devrait vraisemblablement trouver des traces de sang sur ses manches ; nous n'en avons pas trouvé, il est vrai, ni sur la veste, ni sur la chemise, mais nous savons que, quelquefois, les artères, au contact de l'instrument, se contractent tellement, qu'il n'y a pas d'écoulement sanguin.

Post-scriptum (1). — P. Cho... entra le 2 septembre 1882 à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans le service de M. le professeur Tripier, pour un rétrécissement de l'orifice sectionné de l'urèthre. Il raconte encore que trois mois auparavant, se trouvant auprès d'un bois, il avait été attiré dans un fourré par des appels réitérés et y avait été victime d'un guet-apens ; trois individus se seraient jetés sur lui et après lui avoir couvert la tête d'un sac en toile, l'auraient renversé et mutilé de la sorte.

Des essais de dilatation avec des bougies ayant été mal tolérés, M. Tripier excise une partie de la cicatrice, puis suture le canal de l'urèthre à la peau, de façon à l'attirer en bas et en dehors et à en prévenir la rétraction et le rétrécissement. Malgré l'indocilité du malade, l'opération réussit ; P... sortit guéri le 16 octobre.

Quatre mois après, le jet était normal ; le méat permettait le passage d'une sonde n° 19 de la filière de Charrière. Le caractère était devenu plus taciturne et plus triste qu'avant la mutilation.

BIBLIOTHÈQUE

Manuel de thérapeutique oculaire usuelle à l'usage des médecins praticiens, par le docteur A. Trousseau, ancien interne des hôpitaux. — Ollier-Henry. 1884.

Notre excellent collaborateur, M. A. Trousseau, qui, après de brillantes études anatomiques et chirurgicales, s'est voué tout spécialement à la pratique de l'ophthalmologie, a eu l'heureuse idée de résumer en un petit manuel élégant et concis les notions de thérapeutique oculaire que tout praticien a besoin d'avoir présentes sans cesse à l'esprit.

On peut n'avoir pas fait de l'ophthalmologie une étude approfondie, — c'est le cas de presque tous les médecins, — et cependant désirer, lorsqu'on se trouve en présence de quelques affections oculaires usuelles, les traiter sans le secours d'un spécialiste, en faisant bénéficier les malades des ressources si variées de la thérapeutique oculaire moderne. Ce désir légitime de beaucoup de médecins des villes devient d'ailleurs une nécessité absolue pour tous les médecins de campagne. Ces derniers seront à coup sûr très reconnaissants à M. Trousseau d'avoir écrit à leur intention le présent petit manuel.

L'auteur a adopté l'ordre anatomique et étudié successivement les affections des paupières, de la conjonctive, de la sclérotique, de la cornée, de l'iris et du cristallin. Les brûlures de l'œil et le cathétérisme des voies lacrymales, qu'il a cru devoir décrire à cause de la fréquence et de la grande utilité de cette opération, forment le sujet des deux derniers chapitres.

On a dit bien du mal des manuels, et cependant toujours on en écrira et on en achètera. Il faut leur appliquer ce qu'Esope disait de la langue : ils sont ce qu'il y a de meilleur ou ce qu'il y a de pire, suivant l'usage qu'on en fait et suivant la façon dont ils sont rédigés. Détestables guide-ânes qui font refuser aux examens l'étudiant paresseux trop confiant en leurs vertus, ils rendent quotidiennement service au praticien qui n'a plus le temps de parcourir de gros volumes, et qui ne demande pas mieux cependant que de se tenir au courant des progrès de son art.

Encore faut-il qu'ils soient écrits par des gens vraiment instruits et capables de démêler le point capital de chaque question. A ce point de vue, M. A. Trousseau nous donne toute garantie. Il faut donc le remercier d'avoir pris la peine de nous doter de ce petit manuel ; cette composition l'aura délassé de ses travaux originaux sur le traitement du glaucome par l'élongation du nerf nasal externe, de l'entropion par le thermo-cautère et sur les propriétés de la cocaïne, dont il nous donnait récemment la primeur.

P. L. G.

(1) Voir Ch.-E. Félix, *Recherches sur l'excision des organes génitaux externes chez l'homme*, Th. de doct., Lyon, 9 mars 1883, n° 158, p. 30. Dans ce travail ont été réunis les cas analogues connus jusqu'ici. Le fait de Cho... y est rapporté d'une manière très succincte, et le nom des premiers médecins traitants n'y est pas mentionné. Nous donnons cette indication pour que notre observation ne fasse pas double emploi.

REVUE DES JOURNAUX

Journaux italiens.

Résultats de l'enquête sur les causes et la prophylaxie de la phthisie pulmonaire, A. CORRADI (*Annali universali di medicina e chirurgia*), septembre 1884. — Nous avons parlé, il y a quelque temps, d'une enquête que a Société italienne d'hygiène publique se proposait de faire parmi les médecins de son pays, afin d'éclaircir autant que possible l'étiologie de la phthisie.

Voici le résultat sommaire de cette enquête :

680 réponses ont été adressées :

A. Favorables à la contagion	59	soit	8.6 0/0
B. Qui nient la contagion	124	—	18.2 0/0
C. Qui admettent d'autres causes (et spécialement l'hérédité).	497	—	73.0 0/0

Les mêmes recherches se poursuivant en Allemagne et en Angleterre, il sera curieux de comparer si les mêmes proportions sont gardées partout, malgré les divergences dans la manière de vivre et dans la situation géographique de ces différents peuples.

Deux cas d'angiome traités par la compression et la galvanopuncture, par M. le professeur Andrea CECCHERELLI, directeur de l'Institut et de la Clinique chirurgicale de l'Université de Parme. — La galvano-caustique thermique et chimique offre au chirurgien un large champ d'applications dont on voit chaque jour s'agrandir les limites. Déjà Ciniselli, auquel on doit de si remarquables travaux sur les tumeurs vasculaires et leur traitement, avait constaté, en 1875, avec les docteurs Coggi et Omboni, sur plus de 300 cas, les ressources inespérées de ce mode de traitement. En nous bornant aux effets obtenus par cette méthode en Italie, nous trouvons un nombre fort respectable d'observations prouvant jusqu'à l'évidence l'efficacité des procédés électrolytiques.

Deux nouveaux cas sont publiés par M. le professeur Ceccherelli.

Le premier nous montre un enfant de trois mois atteint à la région temporale d'un angiome télangiectasique du volume d'une noix. Au moyen de la pile de M. le professeur Corradi, toutes les parties de cette tumeur furent cautérisées intérieurement. Un pansement simple fait avec du coton phéniqué recouvrit les parties atteintes. Peu de temps après, l'eschare qui s'était formée tomba, comme cela se passe après une légère brûlure.

La seconde observation est relative à une tumeur de même nature que portait à l'épaule droite un jeune enfant de cinq mois. Le chirurgien usa du même procédé et obtint dans des circonstances identiques un succès aussi brillant que dans la première opération. (*Gazzetta degli ospitali,* n° 83, p. 661.)

Splénectomie. — Le 14 octobre de cette année, M. le docteur A. GIOVANNI, chirurgien en chef de l'hôpital civil de Venise, a enlevé la rate à une dame âgée de 48 ans, atteinte d'anémie grave par suite de l'hypertrophie chronique de cette glande. L'opération ne présenta pas d'incidents et fut parfaitement supportée par la malade, qui, peu de temps après, put sortir guérie de l'hôpital. (N° 42. *Gazzetta medica italiana. Provincie venete.*)

Statistique du choléra en Italie, du 2 août à la fin de septembre. (*Gazzetta degli ospitali,* n° 83, 15 octobre 1884.) — Pendant ces deux mois, on a eu à constater 17,300 cas avec 8,600 morts. Quoiqu'il faille faire une part assez importante à l'exagération, de l'aveu même du corps médical, il y a cependant lieu d'admettre ces chiffres comme très approximatifs.

La mortalité moyenne totale a donc été d'environ 50 p. 100.

Deux cas d'extirpation de l'utérus. — Observations et considérations du docteur Guido CAVAZZANI, chirurgien en chef à l'hôpital de Trente. — Dans le premier cas, il s'agit d'une femme de 44 ans atteinte d'un carcinome épithélial ulcéré de l'utérus, qui nécessita l'enlèvement complet de l'organe malade. Le procédé employé pour cette opération est maintenant classique; l'opérateur l'a suivi complètement. Un spéculum de Sims univalve est introduit et permet de placer deux pinces de Museux sur le col, qui est attiré le plus près possible de l'orifice extérieur du vagin. Un cathéter introduit dans la vessie protège cet organe et guide l'opérateur. A l'aide de longs ciseaux, l'organe est détaché de ses attaches vaginales, puis des ligaments qui le maintiennent dans le petit bassin; le doigt étant introduit dans le col et permettant ainsi, par des mouvements appropriés,

la saillie de ces liens. Cela fait, M. le docteur Cavazzani retire tous les instruments et lave le vagin avec une solution carbolique. Le fond du vagin, attiré au dehors de la vulve, fut réuni au niveau des solutions de continuité par plusieurs points de suture, après que l'opérateur eut enlevé l'utérus et fait la ligature des ligaments large et rond et de quelques petits vaisseaux qui donnaient du sang. Une nouvelle injection d'eau carboliquée fut pratiquée, puis un tampon de toile fine rempli d'étoupe antiseptique et trempé dans de l'eau de Pagliari fut placé dans le vagin. Une sonde est laissée à demeure dans la vessie avec un tube en caoutchouc pour conduire l'urine dans un réservoir en dehors du lit, et le tout est maintenu par un bandage en T.

La température demeure presque toujours assez basse, le pouls petit et très fréquent, avec menace de collapsus. Les vomissements apparaissent bientôt et ne cessent que quelques instants avant la mort de la malade, qui survient trente heures après l'opération.

A l'autopsie, on ne trouva aucune lésion récente capable d'expliquer cette brusque terminaison, que l'on peut imputer au shock opératoire.

Un second fait a été plus heureux et s'est terminé par une guérison complète. Il s'agissait cette fois d'un cystosarcome du fond de l'utérus chez une femme de 34 ans. La présence de ce néoplasme avait été cause d'une inflammation péritonéale grave. Le chirurgien enleva la tumeur et les annexes utérins par la voie abdominale, en faisant la section de l'utérus au niveau de l'insertion vaginale. Tout fut ensuite réglé comme il est d'usage dans les opérations de cette nature. Un peu plus d'un mois après, la malade était complètement rétablie. (*Gazzetta medica italiana. Provincie venete*, nos 41, 42.)

MILLOT-CARPENTIER.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES MÉDECINS DES BUREAUX DE BIENFAISANCE ET DU SERVICE MÉDICAL DE NUIT AU CONSEIL MUNICIPAL.

Le mercredi 10 décembre était, à l'Hôtel de Ville, un jour de colère contre le corps médical parisien, dans la personne de nos estimés confrères des bureaux de bienfaisance et du service médical de nuit. Cependant, qu'on se rassure; l'incident ne manquait pas d'agrément.

Pouvait-il en être autrement? La septième commission avait choisi pour rapporteur un édile à la parole et au geste sévères. C'était M. Després, chirurgien de l'hôpital de la Charité, et politiquement bien connu sous le surnom de tombeur émérite des laïcisateurs.

C'est qu'il fallait tomber des médecins, les tomber d'importance, et les tomber surtout à la satisfaction des électeurs de MM. Piperaud, Cattiaux et autres édiles. Singulière besogne qui, ce me semble, n'a rien de chirurgical! A la tribune, le rapporteur déclarait donc « que des abus regrettables s'étaient produits, si bien que le service mé- « dical des bureaux de bienfaisance se transforme parfois, pour un certain nombre de « praticiens, en service médical de nuit. »

Voilà certainement une imputation grave; elle revient à faire des médecins, sans en donner preuve, des gens à exploiter les indigents aux dépens du budget de l'Assistance publique, auquel ils émargent pour soigner des malades, et de la Préfecture de police, qui leur doit rémunération seulement pour les secours d'urgence du service médical de nuit.

La démonstration de ces faits n'aurait pas été un hors-d'œuvre. Partout ailleurs on s'étonnerait de son absence; ici, il en est autrement, et, une fois de plus, on constate que, pour être rapporteur d'une commission municipale, on ignore parfois la logique, fût-elle aussi élémentaire que celle de Bacon. On met en oubli l'exemple classique du philosophe de « n'avancer rien qu'on ne le prouve ».

Cette déclaration mit en émotion quelques-uns de nos confrères de l'assemblée communale. Leurs protestations ont été vives. Elles ne pouvaient être trop vigoureuses; car une telle dénonciation porte atteinte à l'honorabilité d'un ensemble de praticiens pour la plupart très dévoués au pénible service que la misère des temps et les récriminations électorales rendent chaque jour plus ingrat.

Ce qui étonne, c'est le silence du directeur de l'Assistance publique. On espérait entendre M. le docteur Peyron, dont les fonctionnaires étaient mis en suspicion. Il n'en a rien été; M. Peyron ne parut point; et n'était la modeste déclaration de M. le préfet

de la Seine, aucune voix officielle n'aurait rendu justice au corps médical calomnié. Il n'en serait probablement pas de même si le plus humble des fonctionnaires de l'Assistance publique était mis en accusation, ou seulement même en cause.

Tout reste donc en l'état, en attendant l'enquête que le Conseil municipal réclame de la Préfecture de police.

En effet, ayant débuté par l'Assistance publique, ce débat prit fin à la Préfecture de police. M. Prud'homme serait seul à s'étonner qu'après avoir mis en cause les médecins de bienfaisance, on vote une enquête sur les médecins de nuit. Peu importe, après tout ; cette enquête aura son utilité, si elle est impartiale, et, je n'en doute pas, tournera à la confusion des porte-voix d'accusations mal fondées.

De plus, elle peut devenir une solution, non pas pour les médecins des bureaux de bienfaisance dont l'honorabilité n'a pas besoin de réhabilitation, mais bien pour l'Administration ellê-même.

Je m'explique : le service médical de nuit assure aux malades les secours d'urgence, et aux médecins en clientèle un repos et l'exemption d'inopportuns dérangements. Néanmoins, malgré ces avantages, tout n'y serait pas au mieux, et, si j'en crois des bruits déjà anciens, la faute n'en est pas tant aux médecins qu'aux imperfections de l'organisation actuelle.

En d'autres termes, on demande la révision des listes, et dans cette revision on propose d'*exiger des médecins qui sollicitent leur inscription la production de leur diplôme dûment enregistré,* ne fût-ce que pour éviter de confier ce service à des individus en état d'exercice illégal de la médecine : officiers de santé munis de diplômes sans valeur à Paris, médecins de nationalité étrangère, médecins étrangers gradués seulement à l'étranger, etc., etc.

On réclame aussi l'*énonciation du titre universitaire à côté du nom et de l'adresse de chacun des médecins inscrits; l'affichage des listes, d'une manière apparente, dans tous les postes; la défense au chef ou aux agents du poste d'intervenir, sous quelque prétexte, dans le choix du médecin par ceux qui sollicitent les secours de nuit,* et *la prohibition sévère aux agents de recevoir des gratifications des médecins.*

Ce dernier abus n'honore guère les médecins qui le pratiquent. En tout cas, on y trouve la raison de ces abus, que notre confrère, M. Chautemps, signalait devant le Conseil municipal : « Les chefs de poste, a-t-il dit, au lieu de s'adresser indistinctement « à l'un quelconque de ces médecins, n'en indiquent que deux ou trois, toujours les « mêmes. Ces faits se passent dans plusieurs quartiers et sont d'autant plus regrettables « que tel médecin, estimé de la population, ne fait qu'une visite, tandis que tel autre « en fait dix. »

L'enquête n'est pas inutile, et j'espère bien que dans son exécution l'Administration en appellera aux Sociétés médicales d'arrondissement, qui devraient, dès maintenant, inscrire la question dans leur ordre du jour et revendiquer ces réformes. Après cela, il me reste à donner une conclusion. L'empruntant encore à M. Chautemps, je constate avec lui « qu'il y a un mois, on demandait aux médecins de Paris des services gratuits « et permanents, et qu'aujourd'hui on les diffame publiquement à la tribune munici- « pale ». N'en cherchez pas loin la raison ! Le choléra a quitté Paris, et malheureusement, la réalisation des réformes que la cholériphobie faisait espérer va, très vraisemblablement, rester en ajournement. — C. L. D.

CORRESPONDANCE

La Celle-Dunoise, 9 décembre 1884.

Monsieur le rédacteur en chef,

On parle beaucoup depuis quelque temps de microbes et de bacilles, et l'écho de ces discussions savantes arrive jusqu'à nous, médecins de village. Mais, à vrai dire, nous connaissons peu ces petits êtres. Aussi n'avons-nous rien de mieux à faire que de garder sur ce chapitre un silence prudent. Cependant, quand nous lisons dans les comptes rendus de l'Académie des sciences une proposition comme celle que vient de formuler, à propos de la fluxion de poitrine, le savant professeur de l'Hôtel-Dieu (*Union médicale* du 29 novembre), n'avons-nous pas le droit d'émettre un doute et d'attendre, pour accepter le nouveau dogme, qu'un concile de médecins ait prononcé ?

Pour excuser mon scepticisme, je vous soumets le cas suivant : au moment où je lisais la communication et les conclusions de M. Sée, je venais à peine de quitter une malade atteinte de pneumonie, pour la seconde fois depuis le mois de juin. Voici dans quelles circonstances. Tous les matins, cette jeune femme part de son village, portant

à son bras le panier de provisions destiné à son mari, qui travaille comme terrassier sur une route voisine. Avant de partir, il a fallu faire le ménage et soigner les enfants ; plus d'une fois on est en retard, et il faut hâter le pas. On arrive tout en sueur au chantier. La fatigue invite naturellement à s'asseoir, et, comme le corps est en sueur, comme on est au mois de décembre, il en résulte un rhume ou une fluxion de poitrine.

En pareil cas, et c'est l'histoire de tous les jours à la campagne, où est le bacille et d'où vient-il ? Est-il blotti sous le buisson ou caché dans l'herbe humide ? Je ne puis trancher la question, et je vous soumets avec confiance mes perplexités de médecin consciencieux.

Agréez, etc.

Dr Bertrand.

Partageant vos doutes, honoré confrère, nous avons tenu à nous mettre au courant de cette question d'actualité (*Union médicale*, 1884, t. I, p. 109, 157). On peut voir, dans la discussion du Congrès des médecins allemands au mois d'avril dernier (*Union médicale*, 12 juillet 1884), comment les cliniciens d'outre-Rhin accommodent l'influence du froid avec la théorie nouvelle.

Sans doute, le microbe était au champ, prêt à s'abattre sur la jeune femme aussitôt qu'elle serait descendue à la température convenable. Ou bien il était en elle, silencieux, prêt à pulluler dans les mêmes conditions. Si l'explication ne vous enlève pas toute perplexité, honoré confrère, vous êtes bien difficile. — L.-G. R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 décembre 1884. — Présidence de M. Alph. Guérin.

La correspondance non officielle comprend :

1° Un mémoire intitulé : « De la fièvre typhoïde dans les garnisons du corps d'armée de Tunisie, de 1881 à 1884 », par M. Torte, médecin aide-major de 1re classe;

2° Deux mémoires intitulés, l'un : « Recherches étiologiques sur les épidémies de dysenterie sévissant périodiquement à Saint-Germain-en-Laye »; l'autre : « Une épidémie de fièvre typhoïde au camp de Challala, par M. le docteur Charles Amat, médecin aide-major de 1re classe;

3° Un pli cacheté adressé par M. Eugène Alliot, officier de santé à Neung-sur-Beuvron (Loir-et-Cher). (Accepté.)

— M. Mesnet lit un rapport sur le prix Civrieux; — M. Féréol lit un rapport sur le prix Saint-Paul; — M. Gariel lit un rapport sur le prix Buignet. Les conclusions de ces rapports, relatives aux récompenses à décerner pour ces prix, sont réservées pour être lues et discutées en comité secret.

— M. Trélat fait une communication sur les opérations anaplastiques qui se pratiquent sur le voile du palais et la voûte palatine.

L'heure avancée ne permet pas à M. Trélat de terminer sa communication; il la continuera dans la prochaine séance. Nous en renvoyons donc le résumé à notre prochain compte rendu.

— A quatre heures et demie, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture des conclusions des rapports des prix Civrieux, Saint-Paul et Buignet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 décembre 1884. — Présidence de M. Bucquoy

M. le Secrétaire général donne lecture d'une lettre de M. Ern. Besnier, annonçant qu'il donne, ainsi que M. Lailler, sa démission de délégué de la Société des hôpitaux auprès du comité d'hygiène des hôpitaux. Ces messieurs proposent à leurs collègues d'élire désormais une commission permanente, dite d'hygiène hospitalière, qui serait

composée d'un médecin pour chaque hôpital, et qui aurait mission de se tenir en constant rapport avec l'administration.

La proposition est renvoyée à l'examen du conseil de famille.

M. Vallin expose, au nom de la commission de phthisiologie dont il est rapporteur, les meilleures mesures à prendre pour mener à bien l'enquête relative à la pathogénie et à la transmissibilité de la tuberculose, décidée par la Société dans une précédente séance.

Plusieurs moyens s'offraient. Fallait-il, à l'exemple de ce qui s'est fait en Angleterre, se contenter d'insérer dans les journaux de médecine un court avis, dans lequel on dit aux médecins : « Avez-vous vu des cas probants de transmission de la phthisie d'homme à homme ? Si oui, faites-nous les connaître. » Fallait-il au contraire, à l'exemple de la Société de médecine de Berlin ou de la Société italienne d'hygiène, envoyer à tous les médecins un questionnaire détaillé, avec prière d'en remplir les cases ?

Ce dernier procédé a semblé moins avantageux à la commission. Elle a résolu d'envoyer seulement à tous les praticiens et de faire insérer dans les journaux une circulaire imprimée, suivie de courtes instructions sur la manière de relater les faits probants, positifs ou négatifs. La commission aura peut-être plus de peine à dépouiller les observations qui lui seront adressées ; mais c'est un devoir dont elle s'acquittera volontiers.

M. Vallin lit ensuite le texte de la circulaire et des instructions qui seront bientôt publiées. Le comité des finances a autorisé la dépense nécessaire à l'envoi de cette circulaire.

M. Gougenheim ayant alors demandé la parole pour exposer à la Société des choses confidentielles au sujet de l'hôpital Bichat, le président prie les représentants de la presse de se retirer pendant la communication de M. Gougenheim.

Il est ensuite procédé au choix des places vacantes dans les hôpitaux par suite du décès de M. Simonet et de la retraite de M. Hérard.

Voici le résultat des mutations :

M. Bucquoy passe à l'Hôtel-Dieu.
M. Blachez passe à Cochin.
M. Luys passe à la Charité.
M. Joffroy passe à la Salpêtrière.
M. Du Castel passe à l'hôpital du Midi.
M. R. Moutard-Martin passe à Tenon.
M. Danlos passe à Tenon.
M. Sevestre passe aux Enfants-Assistés.
M. Raymond passe à Saint-Antoine.
M. Quinquaud passe à l'hospice d'Ivry.
M. A. Robin passe à l'hospice des Ménages.
M. Cuffer passe à Bicêtre.
M. Gingeot passe à Sainte-Périne.

P. L. G.

COURRIER

Concours. — A la suite du concours qui s'est ouvert le 1er décembre 1884 pour cinq places d'internes en médecine dans les asiles publics d'aliénés de la Seine et l'infirmerie spéciale près le dépôt de la Préfecture de police, sont nommés :

Internes titulaires : MM. Vrain, Loisel, Malfilâtre, Grenier et Blaise.

Internes provisoires : MM. Revertegat, Houeix de la Brousse, Fournier, Barthomeuf et Garnier.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Oberlin, directeur honoraire de l'École de pharmacie de Nancy. En 1872, M. Oberlin fut nommé directeur de l'École de pharmacie transférée avec la Faculté de médecine de Strasbourg, à Nancy. Depuis, l'École de pharmacie a conquis son autonomie complète.

Nous apprenons en même temps avec regret la mort de M. le docteur Eugène Bertin, ancien professeur suppléant à la Faculté de médecine de Nancy.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

De la méningite pneumonique

Entre les complications possibles de la pneumonie lobaire, il en est une qui, par l'imprévu de son apparition, par l'insidieuse obscurité de ses symptômes, par la rapidité fatale de sa marche, a bien souvent déconcerté et intrigué les observateurs : nous voulons parler de la méningite aiguë. Ce n'est pas qu'elle soit exceptionnelle, ou même absolument rare, loin de là : si quelques médecins inattentifs déclarent encore aujourd'hui l'avoir inutilement cherchée, en revanche, tous les observateurs soigneux, notamment ceux qui pratiquent régulièrement les autopsies, ont eu l'occasion de constater la phlegmasie aiguë des méninges chez des pneumoniques, et cela trop souvent pour qu'il fût possible de croire à une simple coïncidence.

Mais la relation admise (et il était impossible de la nier) entre la pneumonie et la méningite, on n'en était guère plus avancé ; cette complication semblait si extraordinaire, elle s'accordait si mal avec les idées régnantes sur la nature et l'évolution de la pneumonie, qu'on était tenté de la regarder comme une énigme impossible à résoudre.

Aussi, en dépit des efforts de quelques auteurs pour appeler l'attention sur la méningite pneumonique, pour en fixer la symptomatologie et en rechercher les causes, cette question n'a pas excité l'intérêt qu'elle méritait ; comme toutes les choses mal expliquées, elle a été reçue avec incrédulité et méfiance et c'est à peine si on la trouve mentionnée dans les ouvrages destinés à l'enseignement. Il n'est pas sans intérêt de rechercher, d'après les travaux les plus récents, où en est l'histoire de la méningite pneumonique, et si les nouvelles découvertes de la physiologie pathologique ont jeté quelque lumière sur l'étiologie de cette remarquable complication.

I

Sans remonter jusqu'aux auteurs du siècle passé, dont les observations trop peu précises ne peuvent rien nous apprendre, nous trouvons dans les

FEUILLETON

CAUSERIE

La situation des étudiants étrangers à la Faculté de médecine, aux examens et au concours de l'internat. — Une erreur peu grave de Simplissime dans sa dernière Causerie. — Malheur causé par une prétendue grossesse d'homme.

On s'agite beaucoup, dans le monde des Ecoles, de celle de médecine en particulier, autour d'une question bien faite, à la vérité, pour passionner les jeunes gens. Il s'agit de la situation faite aux étudiants étrangers qui suivent les cours de nos Facultés, et qui, d'après nos compatriotes, seraient un peu trop privilégiés et favorisés dans nos laboratoires, dans les examens et dans les concours.

On se plaint que dans nos laboratoires, surtout dans les pavillons de l'Ecole pratique et de Clamart, les meilleures places soient pour eux et qu'on s'occupe d'eux avec plus de prédilection que des étudiants français. Je crois qu'il y a là une exagération. Peut-être y a-t-il plus d'étrangers que de Français dans nos laboratoires ; mais à qui la faute, sinon à ces derniers, qui ne les fréquentent pas assez ? Quant aux pavillons de dissection, il n'est guère possible d'y favoriser les uns au détriment des autres, puisque, avec l'organisation actuelle, tous les étudiants sont obligés de s'y rendre de telle heure à telle heure, qu'ils sont répartis sous la direction des aides d'anatomie et des prosecteurs, et que tous peuvent profiter au même degré des démonstrations, des préparations et des

écrits des grands cliniciens de l'école de Louis une série de faits qui se rapportent évidemment à la méningite pneumonique.

« Sur 50 pneumonies observées dans notre clinique, dit Chomel, 4 ont été compliquées d'arachnitis parfaitement caractérisée, pendant la vie, par du délire, et à l'autopsie par une infiltration séro-purulente dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien. Cette arachnitis ne se développe que dans les vingt-quatre ou trente-six dernières heures de l'existence. »

Grisolle, sur 27 autopsies de pneumoniques ayant présenté du délire, déclare avoir rencontré 8 fois les caractères anatomiques d'une méningite récente, c'est-à-dire une infiltration purulente du tissu cellulaire sous-arachnoïdien, dans toute l'étendue de la convexité des hémisphères. Cette arachnitis, à en juger par les troubles cérébraux observés, n'avait dû se déclarer que dans les vingt-quatre, trente-six ou soixante-douze dernières heures de la vie.

De même Briquet, sur 9 pneumonies avec délire, a trouvé 6 fois à l'autopsie l'inflammation des méninges au niveau de la convexité du cerveau. Dans la clinique d'Andral et dans plusieurs autres ouvrages contemporains, on rencontre des observations analogues.

Mais tous ces faits ne sont mentionnés qu'incidemment et presque sans commentaires ; pour trouver un travail d'ensemble sur la méningite pneumonique, il faut arriver à la thèse publiée, en 1873, par M. Verneuil sous l'inspiration du professeur Vulpian. Dans ce travail intéressant, bien qu'un peu confus, l'auteur a étudié toutes les lésions encéphaliques qui peuvent être observées dans le cours de la pneumonie, et s'est efforcé d'y rattacher les symptômes nerveux présentés par les malades ; parmi les observations qu'il fait connaître, on trouve deux cas très nets de méningite pneumonique.

Deux ans plus tard, en 1875, une autre thèse, due à M. Surugue et inspirée également par le professeur Vulpian, a mis au jour 7 observations nouvelles, toutes très complètes et avec autopsie, de méningite cérébrale ou cérébro-spinale survenue comme complication dans des pneumonies ; mais l'auteur s'est borné à faire ressortir l'extrême inconstance des symptômes et n'a pas osé aborder de front la difficile question de la pathogénie.

La même année, M. Laveran, dans la *Gazette hebdomadaire de médecine*, signalait à son tour la fréquence relative des complications méningitiques

---

leçons faites dans les pavillons. Il est vrai que les étrangers, venus à Paris exclusivement pour y faire leurs études, suivent, avec la plus grande assiduité, cours et démonstrations ; qu'ils sont empressés autour des moniteurs, qu'ils ne perdent ni un coup de scalpel ni une occasion quelconque de s'instruire ; que, par suite, les moniteurs paraissent s'occuper plus d'eux que des autres, alors qu'en réalité ce sont les élèves qui sollicitent les explications dont ils ont besoin, ce que ne refusera jamais un maître à un étudiant qu'il sait laborieux et plein de zèle, quelle que soit sa nationalité.

Si nous considérons les étrangers à l'hôpital, nous les voyons encore suivre la visite sans passer un malade et sans perdre une occasion de faire un pansement ou un examen. Quoi d'étonnant que le chef de service s'intéresse un peu à eux ? Je le répète, tous travaillent, car ils n'ont quitté leur pays que pour cela, et, s'ils jouent un peu des coudes pour s'approcher plus près de ceux dont ils veulent suivre l'enseignement, il ne faut ni les jalouser ni leur en garder rancune, mais les imiter.

On a dit encore qu'on accordait trop facilement aux étudiants étrangers la dispense des premiers examens et des premières inscriptions, l'assimilation de leurs diplômes à ceux de nos bacheliers, et qu'ils arrivaient ainsi un peu trop facilement à obtenir le diplôme de docteur en médecine. Je crois que cette opinion vient de ce qu'on n'est pas bien renseigné sur ce qui se passe à leur égard. Je sais pertinemment que la commission scolaire, chargée de statuer sur les dispenses à accorder aux étudiants étrangers, regarde de très près les diplômes qui lui sont présentés et qu'elle ne se prononce qu'à bon escient.

Les dispenses sont plus ou moins étendues, suivant la valeur des diplômes, et l'assimilation des grades universitaires étrangers aux nôtres n'est faite que suivant certaines

dans la pneumonie, et, plus hardi que ses devanciers, il essayait d'esquisser une théorie pathogénique basée sur la doctrine de l'hyperémie neuro-paralytique réflexe. Mais il se voyait forcé de reconnaître que son hypothèse, insuffisamment appuyée par les résultats de l'expérimentation, ne pouvait rendre compte à elle seule des faits cliniques observés.

En dépit de leurs lacunes, ces divers ouvrages ont porté coup et fixé l'attention des chercheurs ; depuis qu'ils ont paru, la question est entrée, en quelque sorte, dans le domaine public, et l'histoire de la méningite pneumonique s'est enrichie d'un grand nombre de faits nouveaux et d'observations inédites.

Parmi ces travaux, sur lesquels nous aurons à revenir plus loin, il suffira de citer : en France, le mémoire de Barth et Poulin, les observations de Savard, d'Oudin, de Barth et plusieurs autres, disséminées dans les Bulletins de la Société anatomique et dans les publications analogues; à l'étranger, les recherches d'Immermann et Heller, de Maurer, de Chvostek, de De Renzi, les importants mémoires de Huguenin, de Nauwerck, de Firket et les observations non moins intéressantes d'Eberth, de Colomiatti et de Bozzolo. Ces nombreux documents ont pleinement fait connaître l'histoire clinique de la méningite pneumonique ; ils fournissent aussi à l'étude de la pathogénie plusieurs jalons très utiles.

II

La méningite pneumonique est rarement un accident de début : presque toujours c'est du quatrième au sixième jour de la maladie qu'elle se montre, parfois même beaucoup plus tardivement, alors que la défervescence a eu lieu et que la convalescence paraît bien établie. Les symptômes qu'elle détermine sont fort obscurs et passent souvent inaperçus, ou du moins leur véritable signification n'est reconnue qu'à l'autopsie.

Un des premiers signes est la déviation imprimée à la marche de la température; souvent, si le cycle fébrile de la pneumonie n'est pas achevé, le thermomètre descend tout à coup d'un degré ou davantage, de manière à simuler, pour l'observateur inattentif, un commencement de défervescence; au contraire, si la période de fièvre était déjà passée au moment où débute la complication cérébrale, on peut voir la température remonter rapide-

---

règles déterminées dont la commission ne se départit sous aucun prétexte. Demander aux étrangers de subir les examens du baccalauréat, avant de pouvoir être inscrits comme étudiants en médecine, serait assurément une mesure vexatoire, surtout lorsqu'elle s'adresserait, comme c'est souvent le cas, à des docteurs en médecine d'Angleterre, d'Italie ou d'Amérique. N'y a-t-il rien de mieux à faire que ce qu'on fait maintenant ? Je ne dis pas non; mais je tiens avant tout à dire qu'il ne faudrait pas s'aventurer trop loin dans la voie des récriminations avant de s'être bien renseigné.

Le concours de l'internat, qui va finir dans quelques jours, a donné lieu à un bruit assez fâcheux, dont je veux bien cependant me faire l'écho, parce qu'il touche à une question de principe assez importante pour ne laisser personne indifférent.

On dit que le candidat qui a de beaucoup le mieux concouru est un étranger, mais que les juges ne veulent pas lui donner la première place, qu'ils réservent à un Français. Il m'est bien difficile de croire ce bruit fondé. Je pense, avec beaucoup d'autres, qu'il faudrait ne donner aucune situation officielle, soit par le concours, soit autrement, aux étrangers ; nous avons assez payé pour savoir ce que notre générosité à ce sujet nous a coûté ; pour l'internat, en particulier, je pense qu'on ne devrait admettre à concourir que des étudiants français, ou de parents naturalisés Français, ne serait-ce que pour éviter à nos salles de garde d'être souillées par la présence d'un ennemi, comme cela est arrivé après la capitulation de Paris, en 1871 ; qu'on pourrait admettre les étrangers, comme à Saint-Cyr, à l'Ecole centrale, à l'Ecole des mines, etc., à suivre ces cours, mais sans aller plus loin, et ne leur délivrer de diplôme de docteur qu'après leur avoir fait subir les mêmes examens définitifs qu'à nos compatriotes ; mais du moment où on leur permet encore de concourir pour l'internat, il faut les traiter avec la même justice que les

ment, atteindre 39 et même 40°. Cette ascension thermique est quelquefois précédée ou accompagnée d'un grand frisson.

En même temps le malade se plaint de céphalalgie et est pris bientôt d'un délire qui peut offrir les caractères les plus variés, qui d'ordinaire est violent, accompagné d'hallucinations de la vue et de l'ouïe et d'une agitation furieuse; mais qui peut aussi, notamment chez les malades très épuisés, se borner à des rêvasseries loquaces, promptement suivies d'hébétude croissante et d'affaissement comateux.

Assez fréquemment, lorsqu'on examine le malade de plus près, on constate un certain degré de roideur de la nuque, avec sensibilité à la pression, parfois même, ainsi que nous avons eu occasion de le noter, une véritable contracture des muscles de la région cervicale. On peut observer aussi de l'irrégularité avec ralentissement du pouls, plus rarement des vomissements, plus rarement encore de l'aphasie transitoire, des paralysies partielles et des troubles oculo-pupillaires; enfin il y a quelquefois de la rétention d'urine. Mais, dans bon nombre de cas, tous ces symptômes font défaut et le développement de la méningite se fait d'une manière absolument silencieuse, sans déterminer d'autres phénomènes qu'une hébétude marquée avec tendance à l'assoupissement. On conçoit que, dans ces circonstances, le diagnostic est à peu près impossible.

La marche des accidents est ordinairement rapide : quelle que soit la succession des symptômes, le malade tombe rapidement dans un état comateux, qui d'abord intermittent ne tarde pas à devenir continu; parfois quelques heures suffisent pour amener l'insensibilité complète, la respiration s'embarrasse et la mort survient dans un laps de temps qui varie entre douze heures et quatre jours à dater du début de la complication.

A l'autopsie, on est constamment surpris par l'étendue et la gravité des lésions : les méninges crâniennes sont infiltrées d'une sérosité louche ou même d'une couche épaisse de pus verdâtre qui remplit les gaines de la pie-mère et les espaces sous-arachnoïdiennes; en détachant cette enveloppe qui ressemble à un parchemin humide, on voit que les replis contenus dans les anfractuosités sont également distendus par l'exsudat et offrent l'aspect d'épais bourrelets opaques. Lorsque le processus a été rapide, le cerveau sous-jacent paraît sain, conserve son aspect et sa consistance habituelles; mais, quand la maladie s'est prolongée, on peut trouver la

---

nôtres, et je ne puis croire que les membres du jury aient jamais songé à faire autrement.

Sous les réserves que je viens d'indiquer, je crois qu'il ne faut pas fermer nos portes aux étrangers, alors qu'ils s'y présentent après s'en être si longtemps éloignés depuis nos désastres; on peut leur faire bon accueil et leur accorder l'instruction qu'ils nous font l'honneur de nous demander, sans aller jusqu'à leur donner nos places; et, lorsqu'ils se présentent à nos examens ou à nos concours, il ne faut pas être assez injustes à leur égard pour les obliger à nous préférer les juges de Berlin.

*
* *

J'ai reçu, au sujet de ma dernière causerie, l'amicale semonce que voici, et que je m'empresse d'insérer.

« Ainsi, mon cher Simplissime, votre haine bien connue pour les fautes bibliographiques s'étend aux ouvriers typographes et à leurs coquilles? La *Causerie* du 6 décembre en témoigne, vous ne pardonnez pas à M. Dechambre d'avoir écrit Hegard, Bard, Kaltenbuch, et vous mettez une âpreté véritable à lui rappeler qu'on écrit Hegar, Bar, Kaltenbach, ce qu'il doit savoir aussi bien que vous et moi. Kaltenbuch surtout vous indigne; vous oubliez que tous les écrivains ne sont pas des calligraphes. Il est probable que le savant rédacteur en chef... pardon, le président du Comité de rédaction de la *Gazette hebdomadaire* ne forme pas ses *a*.

« Savez-vous bien que, pour être si sévère, il faut être infaillible? Or, en nous racontant l'histoire de ce prodigieux guérisseur de Munich, imposé par M. de Bismarck à l'Uni-

couche corticale ramollie, les ventricules distendus par de la sérosité trouble ou même par du pus.

Les lésions méningées sont en général diffuses : bien qu'elles aient d'ordinaire leur maximum d'intensité au niveau de la convexité des hémisphères, il est rare qu'elles ne s'étendent pas vers la base et jusqu'au niveau de l'isthme encéphalique ; les grands espaces sous-arachnoïdiens situés en avant et en arrière de la protubérance, sont un lieu d'élection pour l'exsudat purulent. Souvent, si on se donne la peine d'y regarder, on constate que la méningite a envahi également le canal rachidien, et que l'axe médullaire dans toute sa longueur est revêtu d'une couche épaisse et concrète de fibrino-pus. Ajoutons en passant que, dans ces exsudats de la méningite pneumonique, plusieurs observateurs (Eberth, Nauwerck, Bozzolo) ont reconnu au microscope l'existence d'un microbe particulier; nous reviendrons sur ce point.

D'autre part, dans les cas de ce genre, les lésions pneumoniques sont presque toujours remarquables par leur étendue et leur intensité; on trouve un noyau volumineux d'hépatisation rouge ou grise, occupant soit un seul lobe, soit la totalité d'un poumon, et affectant volontiers la forme massive avec coagulations fibrineuses dans les bronches. Souvent il existe en même temps une pleurésie suppurée, une péricardite à exsudat louche, voire même une endocardite avec végétations valvulaires friables. Enfin, on trouve fréquemment la rate diffluente, le foie et les reins altérés, et les autres lésions propres aux maladies infectieuses.

Telle est, réduite à ses traits principaux, la physionomie de la méningite pneumonique. Cette remarquable affection se montre avec une fréquence très inégale, suivant les localités et suivant les époques : de là des divergences excessives entre les diverses statistiques. Très commune à Zurich (Huguenin) et à Genève (de Renzi), elle semble être beaucoup plus rare à Vienne (Biach). Dans le cours de dix années, elle a varié à Milan, suivant les intéressants relevés de Bozzolo, dans la proportion de un à cinq, et à Paris, autant qu'on en peut juger, elle a subi des variations presque aussi considérables. Il est difficile de ne pas voir, dans ces grandes différences, le résultat d'une influence épidémique.

Au reste, la méningite pneumonique ne s'attaque pas indifféremment à tous les malades; elle semble être surtout commune chez les individus

---

versité de Berlin, vous écrivez Schweinnger, tandis que nous lisons Schweininger dans tous les journaux petits et grands. Je me trompe, la *Gazette hebdomadaire* a la même orthographe que vous, et c'est elle sans doute qui vous a donné l'exemple.

« J'ai été un instant plus indulgent que vous. Jai pensé que le compositeur s'était trompé de jambage, et qu'il ne s'agissait que d'un point mal placé ; et je vous pardonnais, connaissant votre habitude de mettre les points sur les *i*. Mais, comme le mot est de la *Gazette*, il n'y a pas à dire, nous vous prenons en flagrant délit : vous avez fait une citation hâtive, de seconde main, sans remonter aux sources.

« Comprenez-vous, maintenant, que vous auriez dû traiter M. Dechambre avec plus d'Hégar, et ne pas donner Bar sur vous à la critique en tombant dans une erreur analogue ?

« Vous me direz peut-être que, *Schwein* voulant dire cochon, vous vouliez, par une ingénieuse transposition de lettres, exprimer à mots couverts votre opinion sur le professeur d'outre-Rhin.

« Mais je m'arrête, car cette controverse n'est pas absolument scientifique, et les Allemands pourraient juger ma prose comme ils jugent tout ce que nous écrivons, en mettant ici : « Rien de nouveau. »

« Cordialement à vous. « Dr ALYSSETT. »

Permettez-moi, cher Alyssett, de finir de rire; car, ceci est encore un des côtés de mon organisation que vous ne connaissez probablement pas, je *fouris* avec délices quand j'entends le moindre calembourg; je veux dire quand je le comprends, car il ne m'arrive pas toujours de le comprendre tout de suite, mais alors le fou rire me prend..... comme

affaiblis, sans résistance organique, chez lesquels la pneumonie prend plus volontiers le caractère malin. C'est ainsi que Steiner et Neurother, Mende et plusieurs autres l'ont observée fréquemment chez les très jeunes enfants, que Vulpian en a signalé plusieurs cas parmi les vieilles femmes de la Salpêtrière, que Kühn l'a vue cinq fois sur 45 cas chez les pensionnaires de la prison de Möring, enfin que divers auteurs, et notamment Huguenin, ont fait ressortir sa fréquence chez les alcooliques.

Si l'on songe que la méningite survient presque exclusivement dans des pneumonies déjà graves par elles-mêmes et présentant plus ou moins le caractère de la malignité; que d'autre part elle s'attaque de préférence aux individus fortement débilités, on ne peut s'étonner de l'excessive gravité qu'elle présente. En fait, la méningite pneumonique est presque constamment mortelle; cependant Kühn, dans l'épidémie que nous citions tout à l'heure, aurait observé deux cas de guérison avec démence consécutive.

III

Maintenant que nous avons passé en revue les caractères cliniques et anatomiques de la méningite compliquant la pneumonie, il est temps de rechercher quelle peut en être la pathogénie et la nature; c'est le point le plus intéressant, mais aussi le plus difficile de son histoire.

La plupart des auteurs français, qui se sont occupés de la question, ont cru pouvoir envisager l'inflammation des méninges dans la pneumonie comme une simple conséquence de l'hyperémie cérébrale D'après l'hypothèse soutenue en 1873 par M. Verneuil, la stase veineuse résultant de l'élévation de la tension sanguine dans le cœur droit, par suite de l'imperméabilité d'une partie du réseau vasculaire des poumons, suffirait à produire une dilatation des vaisseaux méningés, pouvant aboutir soit à la rupture (apoplexie), soit à l'exsudation (œdème méningé), soit à l'inflammation des membranes (méningite). Mais cette théorie ne se soutient guère, car on voit assez souvent la méningite se développer dans le cours de pneumonies limitées à un seul lobe, et trop peu étendues par conséquent pour produire mécaniquement une stase veineuse de quelque importance.

La doctrine de l'hyperémie réflexe, mise en avant par Gubler en 1864, à propos de la méningite typhoïdique, et appliquée par M. Laveran à la ménin-

---

du temps de M. Ratin, vous savez, le M. Ratin des *Nouvelles genevoises*, ce vieux professeur grognon et pudibond qui avait sur le nez une verrue coiffée d'une touffe de petits poils follets autour de laquelle les mouches aimaient à voltiger, ce qui provoquait le fou rire de son élève, plus attentif aux évolutions des mouches qu'aux explications du professeur.

Maintenant que j'ai bien ri, laissez-moi vous expliquer l'étonnement dans lequel m'a plongé votre douce mercuriale. Comment, vous me reprochez d'avoir été trop âpre envers les coquilles laissées par l'imprimeur de l'article de M. Dechambre; eh bien, je ne trouve pas. J'avais mis tant de sucre autour de la petite critique que je me suis permise, que je croyais bien qu'elle passerait inaperçue, sans laisser après elle aucune âpreté ni amertume. Je pense bien que la manière dont les noms susdits ont été orthographiés est le résultat d'un peu d'inattention du correcteur, et que M. Dechambre devait savoir, ausssi bien que vous et moi, comment écrire le nom des auteurs d'un ouvrage qu'il a certainement chez lui, et, si je vous ai scandalisé, je vous en demande très humblement pardon.

Pour me punir de mon irrévérence envers notre savant confrère, vous me blâmez vertement d'avoir mal écrit le nom du guérisseur de M. de Bismarck, tout simplement parce que je ne suis pas allé voir à la source comment il s'écrivait, et de m'être contenté de citer, de seconde main, d'après la *Gazette hebdomadaire*.

Mais, sévère Alyssett que vous êtes, est-ce que vous vous figurez par hasard que je vais prendre le train de Berlin pour aller *interviewer* M. le professeur extraordinaire Schweninger ou Schweinnger (comme vous voudrez, cela m'est bien égal) pour savoir comment s'écrit son nom? S'il en est ainsi, vous vous trompez joliment! Je ne suis

gite de la pneumonie, paraît, au premier abord, plus séduisante. La phlegmasie pulmonaire produirait, par voie réflexe, la paralysie, la dilatation par conséquent des capillaires méningés, comme elle produit celle des vaisseaux de la face, et la méningite pneumonique serait un phénomène de même origine que la rougeur de la pommette. Mais, sans relever ce qu'il y a de forcé dans cette comparaison, il nous sera permis de rappeler une objection fondamentale, dont les défenseurs de cette théorie, M. Laveran tout le premier, n'ont pu s'empêcher de reconnaître la valeur : c'est que l'hyperémie et l'inflammation sont deux phénomènes tout à fait distincts. La pathologie expérimentale a démontré surabondammeut que les hyperémies neuro-paralytiques, si prononcées qu'elles fussent, ne donnaient jamais spontanément naissance à des phlegmasies véritables et surtout à des phlegmasies purulentes. Il a donc fallu, pour les besoins de la cause, faire intervenir, à la suite de l'hyperémie réflexe, l'influence adjuvante de l'alcoolisme, de la débilitation organique, etc., c'est-à-dire rentrer dans l'hypothèse pure.

L'un des premiers auteurs qui aient reconnu nettement l'existence de la méningite pneumonique, le professeur Grisolle, avait émis l'idée que cette complication pouvait résulter d'une véritable résorption purulente consécutive à la désagrégation de l'exsudat pneumonique. C'est la même théorie qui a été reprise il y a peu d'années par Huguenin, et soutenue ensuite par ses élèves. D'après le professeur de Zurich, les produits de désintégration du poumon hépatisé seraient puisés par les veines pulmonaires, atteintes elles-mêmes de phlébite dans leurs rameaux terminaux, et ces particules septiques, mêlées au sang, iraient par un véritable processus embolique se loger dans les petits vaisseaux des méninges pour y déterminer une inflammation de même nature, bientôt suivie d'infiltration purulente des gaines vasculaires et du tissu conjonctif qui les environne. La méningite pneumonique ne serait donc qu'une forme de pyohémie, mais cette réflexion seule suffit à faire écarter l'hypothèse, car la pyohémie se conduit d'une manière toute différente et détermine constamment des abcès métastatiques dans divers organes, ce qu'on ne voit point, ou ce qu'on voit rarement chez les pneumoniques qui succombent à une phlegmasie méningée.

A côté de l'hypothèse de Huguenin, nous mentionnerons seulement, sans

---

pas ici pour faire de la bibliographie, mais pour causer, et je cause, de ce que je sais et de ce que je ne sais pas, ou plutôt de ce que je crois savoir, *de omni re scibili et quibusdam aliis*. Est-ce que vous avez jamais causé avec quelqu'un qui, entre chaque mot, allait consulter sa bibliothèque pour savoir s'il devait ou non dire le suivant? Vous me la bâillez belle! Je laisse ce souci à votre savantissime collaborateur L.-H. Petit, qui ne craint pas de secouer la poussière des bouquins pendant une semaine ou deux pour arriver à écrire Galien au lieu de Fernel. Simplissime est plus modeste; il butine à droite et à gauche, ne lit que deux journaux de médecine, l'*Union médicale* et la *Gazette hebdomadaire*, qu'il considère comme les meilleurs, et prend dans celle-ci ce qu'il croit pouvoir intéresser, instruire et divertir à la fois les lecteurs de l'*Union*. Comment d'ailleurs pouvait-il supposer qu'il pût se tromper en écrivant Schweinnger, quand le signataire de l'article de ladite *Gazette*, qu'il a pris pour guide, est le plus encore savantissime docteur L. Thomas?

Vous nous tendez d'ailleurs à tous deux une perche secourable avec votre traduction de *Schwein* par *cochon*. Pour moi, je vous remercie, car je n'y avais pas pensé, mais notre sympathique confrère L. Thomas est assez distrait pour que, entraîné par l'étymologie, il ait préféré Schweinnger à Schweininger.

Mais d'ailleurs, êtes-vous bien sûr, vous, que nous nous sommes trompés, M. Thomas et moi? Etes-vous allé voir à Berlin ce qui s'y passait, pour affirmer que nous avons commis l'erreur dont vous nous accusez? Je suis bien bon de vous répondre.

*
* *

Si vous voyez ces jours-ci votre collaborateur L.-H. Petit, déjà nommé, dites-lui s'il

nous y arrêter, l'observation de Jürgensen, qui a vu se développer la méningite consécutivement à une phlébite de la veine cave supérieure, propagée à la jugulaire interne et aux sinus de la dure-mère. Cette phlébite résultait elle-même d'une péricardite suppurée, développée comme complication de la pneumonie. Il est clair qu'il s'agit là d'un processus exceptionnel, qui ne saurait s'appliquer à la généralité des cas.

Plusieurs observateurs, frappés de l'analogie des lésions de la méningite pneumonique avec celles de la méningite cérébro-spinale épidémique, se sont demandé s'il n'existait pas un rapport entre ces deux affections, ou, pour mieux dire, s'il ne s'agissait pas d'une seule et même maladie. Immermann et Heller, après avoir relevé 9 cas de méningite sur 30 pneumoniques autopsiés en l'espace de dix-huit mois à la clinique d'Erlangen, n'ont pas hésité à considérer ces faits comme étant sous la dépendance d'une épidémie de méningite cérébro-spinale qui avait sévi pendant plusieurs années sur la ville et qui était alors à son déclin. Ils ont même cru pouvoir déduire de leurs observations une théorie générale, d'après laquelle les méningites pneumoniques se produiraient constamment à la suite des épidémies de typhus cérébro-spinal, lorsque le virus propre à ce dernier, trop affaibli pour s'implanter sur des organismes sains, trouve encore des conditions favorables à son développement chez les sujets débilités par une maladie aiguë grave. Cette opinion, née en Allemagne, y a trouvé de chaleureux défenseurs; soutenue en 1873 par Maurer, d'après de nouveaux documents recueillis également à Erlangen, elle a été adoptée, un peu légèrement à notre avis, par Ziemssen et par Jürgensen.

Il est pourtant difficile de comprendre pourquoi le virus de la méningite cérébro-spinale ne s'attaquerait aux pneumoniques que dans le décours des épidémies; le bon sens indique que, si la pneumonie lobaire offre un terrain favorable au développement de cette affection, ce doit être surtout quand l'influence épidémique atteint son maximum d'intensité : par conséquent, c'est au plus fort des épidémies de typhus cérébro-spinal que ces cas de méningite pneumonique (s'ils étaient de même nature) devraient se montrer le plus fréquents, et non pas à la période de déclin. D'ailleurs, on observe assez fréquemment la méningite pneumonique à des époques et dans des localités où la méningite cérébro-spinale épidémique fait complétement défaut. Il en était ainsi dans les observations de Vulpian,

---

vous plaît, de ma part, que son histoire d'une prétendue grossesse d'homme a failli causer un malheur.

Un de nos confrères, abonné de l'*Union*, reçoit le numéro dans lequel se trouve l'article en question, et, à la vue du titre, jette une exclamation d'étonnement. Une jeune bonne déjà un peu éveillée, mais encore très naïve néanmoins, lance un coup d'œil par dessus l'épaule de son maître sur le journal, lit rapidement, croit que c'est arrivé, laisse tomber ses bras et une assiette qu'elle tenait à la main, et, regardant sa maîtresse :

— Ah! Madame, s'écrie-t-elle dans sa stupéfaction, quelle chance que ce soit arrivé pour une fois à un de ces monstres d'hommes!

L'assiette ne fut pas cassée, heureusement pour notre collaborateur qui l'aurait sur la conscience; mais pensez si on a ri du mot de la petite bonne, qui sera notre mot de la fin.

SIMPLISSIME.

GARGARISME CONTRE LA DIPHTHÉRIE. — Askinson.

Acide borique pulv.	1 gr. à 1 gr. 50 cent.
Glycérine pure.	30 —
Infusion de roses rouges.	200 —

F. s. a. Une solution, qu'on emploie comme gargarisme, ou qu'on applique au moyen d'un pinceau, pour combattre la diphthérie. — A l'intérieur, on prescrit les préparations de fer, et on donne comme aliments, du bouillon, du lait et du vin généreux. — N. G.

publiées par MM. Verneuil et Surugue, dans celles que nous avons fait connaître en collaboration avec Poulin, enfin dans les faits de Huguenin, de Kühn, de Nauwerck et de plusieurs autres. Pour ces cas tout au moins, la théorie d'Immermann et de Heller est inadmissible.

Il est une autre hypothèse beaucoup plus simple et à laquelle on se trouve amené presque nécessairement par l'étude attentive des faits : elle consiste à envisager la méningite comme une manifestation du même agent morbide qui a fait naître d'abord la pneumonie. On sait aujourd'hui, par de nombreuses preuves, que la pneumonie se présente souvent avec les caractères d'une maladie générale infectieuse et qu'elle peut affecter la forme épidémique. Dès lors, quoi d'étonnant à ce qu'on observe parmi ses complications la méningite, tout comme on la rencontre dans l'endocardite ulcéreuse, dans la fièvre typhoïde et dans bon nombre d'autres maladies générales? Si, comme les travaux récents le démontrent (1), la pneumonie est, dans certains cas, l'expression locale d'un état général infectieux, il est logique de penser que le virus spécial qui a déterminé l'inflammation fibrineuse du poumon peut aussi produire des manifestations inflammatoires de même nature dans d'autres organes, et notamment dans les méninges. Et, en effet, quelles sont les pneumonies dans lesquelles on a observé le plus souvent la méningite? Ce sont les pneumonies à caractère typhoïde, accompagnées de tuméfaction de la rate et d'albuminurie, et compliquées tantôt de pleurésie, tantôt de péricardite suppurée, souvent même d'endocardite végétante. C'est aux faits de ce genre que le professeur Sée appliquait récemment la dénomination très heureuse de pneumonies infectantes. Lés observations de Kühn, de Firket, de Colomiatti, de Bozzolo, celle que nous avons publiée nous-même dans la *Revue de médecine* de septembre 1882, en présentent le type achevé; elles ont toutes beaucoup de ressemblance entre elles : à la suite d'une pneumonie à marche anormale, l'autopsie révèle, en même temps que l'hépatisation pulmonaire, des inflammations diffuses de la plèvre, du péricarde, ou bien des infiltrations purulentes du médiastin, du tissu cellulaire périrénal, ou bien des plaques végétantes de mauvaise nature sur l'endocarde, souvent enfin une méningite cérébrale ou cérébro-spinale. Comment ne pas reconnaître l'intime parenté qui unit entre elles ces diverses manifestations morbides, et comment hésiter à voir là les effets d'un processus infectieux?

L'anatomie pathologique semble d'ailleurs sur le point d'apporter à la thèse que nous soutenons un appui décisif : plusieurs observateurs, parmi lesquels Eberth, Leyden, Colomiatti, Bozzolo, croient avoir découvert dans les exsudats de la méningite pneumonique un micro-organisme particulier, qu'ils ont vu en même temps dans le poumon hépatisé et dans les végétations fibrineuses de l'endocarde, et qui, à les en croire, ne serait autre chose que le fameux microcoque de la pneumonie. Par malheur, ces découvertes n'ont pas été définitivement confirmées, et la confusion qui règne encore dans toute la question du microbe de la pneumonie leur ôte une grande partie de leur valeur. Peut-être cette obscurité se dissipera-t-elle bientôt, et peut-être, avec l'aide de la pathologie expérimentale, arrivera-t-on sous peu à dégager l'individualité du *typhus pneumonique* dans toutes ses manifestations, comme on a dégagé celle du typhus abdominal, du typhus exanthématique, et de plusieurs autres maladies générales de la même famille.

Mais, dès à présent, nous croyons l'avoir démontré, les faits cliniques sont assez clairs pour permettre d'écarter résolument les hypothèses anciennes et d'affirmer que la méningite pneumonique n'est pas une complication banale, mais bien une véritable phlegmasie infectieuse au même titre que la pneumonie elle-même. Henri BARTH.

(1) Voir notre Revue générale : *La pneumonie est-elle une maladie infectieuse?* (In *Revue des sciences médicales*, 15 octobre 1884).

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 15 décembre 1884. — Présidence de M. ROLLAND.

Séance d'élection. — La section de physique, par l'organe de son doyen M. Fizeau, présente la liste suivante de candidats pour la place devenue vacante par la nomination de M. Jamin, en qualité de secrétaire perpétuel :

En premère ligne, M. Mascart; en deuxième ligne, M. Lippmann; en troisième ligne, *ex æquo*, et par ordre alphabétique, MM. Henri Becquerel et Le Roux.

Sur cette liste figurait, en outre, le nom d'un savant distingué, M. Quet, dont on a aujourd'hui à déplorer la perte toute récente.

Sur 55 votants, M. Mascart obtient 48 suffrages; MM. H. Becquerel et Le Roux chacun 3; M. Lippmann, 1.

En conséquence, M. Mascart est élu.

En raison de son importance, nous reproduisons tout entière la note de M. Gosselin, que nous avons annoncée dans notre précédent *Bulletin*.

« Dans un travail communiqué l'année dernière (27 août 1883) à l'Académie, j'ai annoncé que plusieurs des antiseptiques dont nous nous servons en chirurgie avaient la propriété, quand on les met en contact avec les membranes interdigitales des pattes de grenouille, d'y arrêter la circulation, en coagulant plus ou moins rapidement le sang dans l'intérieur des capillaires. Mes résultats ont été confirmés par M. le docteur Laborde, qui a ajouté à l'effet coagulant et à l'oblitération dont j'avais parlé un resserrement des vaisseaux, prompt à disparaître et suivi d'une dilatation, phénomènes qu'il attribue à une irritation concomitante des nerfs vaso-moteurs.

« Mes recherches avaient porté sur les alcools et les phénols. Cette année, j'ai étudié au même point de vue la plupart des autres antiseptiques proposés depuis quelques années et adoptés par un certain nombre de chirurgiens, et je vais en donner les résultats :

« 1° *Teinture d'iode.* — Comme dans mes expériences de l'an dernier, j'ai fixé la grenouille horizontalement couchée, le ventre en haut, sur une plaque de liège, avec des épingles, et j'ai étalé les membranes interdigitales au-dessus d'un trou percé dans cette plaque, entre le miroir et l'objectif du microscope (oculaire 1 et objectif 2 de Nachet). J'ai amené l'antiseptique avec un compte-gouttes, tantôt sur une des faces, tantôt sur les deux faces de chacune des membranes que j'examinais. Après deux applications de teinture d'iode, dans l'espace de trois minutes, la circulation s'est arrêtée; j'ai continué à ne pas voir nettement la contraction signalée par M. Laborde, mais j'ai très bien vu, dans cette expérience, de même que dans toutes celles qui m'ont donné ultérieurement l'arrêt de la circulation, la dilatation dont il a parlé, et à laquelle je n'avais pas fait attention l'année dernière.

« 2° *Avec l'alcool salicylé,* dans la proportion de 15 gr. d'acide salicylique pour 50 gr. d'alcool, même résultat, c'est-à-dire oblitération et arrêt assez prompt de la circulation, sur trois membranes interdigitales successivement examinées.

« Je ferai remarquer que, ces deux substances contenant une notable proportion d'alcool, et ce dernier possédant à un haut degré le pouvoir coagulant intra-vasculaire, je ne puis savoir quelle part il convient de faire, dans l'oblitération constatée, à cette substance et à celles qui l'accompagnaient (iode et acide salicylique).

« 3° *Avec le biiodure de mercure*, sel peu employé en chirurgie, mais que j'ai voulu essayer à cause du rang élevé que lui donne M. le docteur Miquel dans son échelle des germicides, j'ai cru d'abord que je n'obtiendrais rien; car, dans mes deux premières expériences, je n'avais attendu que douze à quinze minutes, après trois applications, et le résultat avait été négatif. Mais, dans une troisième et une quatrième expériences, que j'ai prolongées plus longtemps (vingt-deux à vingt-cinq minutes) et après cinq applications, à trois ou quatre minutes d'intervalle, du médicament, j'ai vu la circulation s'arrêter complètement, les capillaires se dilater avec une coloration rouge très prononcée. Ma solution renfermait 0 gr., 20 de biiodure de mercure pour 20 gr. d'eau distillée avec 0 gr., 50 d'iodure de potassium.

« 4° *Avec le deutochlorure de mercure au millième* (liqueur de Van Swieten), il m'a fallu plus de temps, cinquante minutes dans l'une des expériences, cinquante-huit minutes dans l'autre, et sept et huit applications pour voir la circulation s'arrêter complètement.

« Je n'ai pas dû attribuer à la fatigue et au malaise de l'animal cet arrêt tardif de la circulation, car il m'est arrivé plusieurs fois de laisser deux et trois heures une grenouille ainsi fixée sur le liège et de voir que la circulation continuait dans les membranes interdigitales étalées comme je l'ai dit. D'ailleurs, sur les animaux qui m'ont servi à étudier le biiodure et le bichlorure de mercure, j'ai examiné, séance tenante, après cessation de l'expérience, la patte du côté opposé, et j'y ai trouvé une très belle circulation. Si l'arrêt dans la première patte avait tenu à une cause générale, n'est-il pas probable que cette cause aurait agi sur la seconde aussi bien que sur la première?

« 5° *Avec une solution éthérée d'iodoforme*, dans la proportion de 5 gr. d'éther pour 2 gr. d'iodoforme, j'ai vu la circulation s'arrêter au bout de six minutes, et après une seule application, et ce n'est pas à l'éther qu'il faut attribuer le résultat, car, ayant fait l'expérience comparative avec de l'éther pur, je n'ai vu la circulation s'arrêter qu'au bout de quarante-cinq minutes, et j'ai attribué plutôt cet arrêt à la réfrigération résultant de neuf applications successives qu'à une propriété coagulante du médicament.

« 6° J'ai encore essayé la solution de sulfate de cuivre à 1/100e, les solutions de chlorure de zinc à 5 et 10 pour 100, l'eau oxygénée la plus pure, l'acide borique à 1/20e, et je n'ai pu obtenir l'arrêt de la circulation avec aucune de ces substances, bien que l'expérience ait été répétée pour chacune d'elles trois fois au moins sur des animaux différents, et que les applications du médicament aient été faites une dizaine de fois dans l'espace de plus d'une heure chaque fois.

« Je ne prétends pas tirer des expériences qui précèdent des arguments en faveur de la supériorité ou de l'infériorité de tel ou tel antiseptique. Je désire seulement faire savoir aux chirurgiens que le mode d'action de ces médicaments est plus complexe qu'on ne l'avait cru d'abord. S'ils sont presque tous germicides, ils ne le sont pas au même degré; ensuite ils sont plus ou moins aptes à coaguler les matières albumineuses, et notamment celles qui entrent dans la composition des globules sanguins (hématies); enfin, ils sont coagulants intra-vasculaires dans une certaine mesure, et je continue à croire que cette dernière action peut expliquer, pour une bonne part, chez l'homme, la modération des phénomènes inflammatoires qui est une des conséquences de l'emploi bien compris des antiseptiques. En tout cas, je suis disposé à considérer comme les plus favorables les antiseptiques placés à un degré élevé dans les trois tableaux ci-dessous, dressés d'après l'étude des trois modes d'action que je viens d'indiquer. Le premier est emprunté à la thèse de M. le docteur Miquel et au complément qu'il en a donné dans l'*Annuaire de Montsouris* pour 1884. Je n'y ai pas mis toutes les substances dont il a parlé, mais seulement celles dont nous nous servons en chirurgie. Les deux autres résultent des recherches personnelles que j'ai faites sur la coagulation extra-vasculaire et intra-vasculaire donnée par le contact des antiseptiques.

1° *Action germicide.* — 1. Biiodure de mercure. — 2. Deutochlorure de mercure. — 3. Eau oxygénée. — 4. Iodoforme. — 5. Sulfate de cuivre. — 6. Chlorure de zinc à 4 pour 100. — 7. Acide borique. — 8. Acide phénique à 4 pour 100. — 9. Alcool ordinaire.

2° *Coagulation extra-vasculaire.* — 1. Sulfate de cuivre. — 2. Acide phénique au 1/20e. — 3. Alcool à 86°. — 4. Chlorure de zinc à 5 et 10 pour 100. — 5. Iodoforme (solution éthérée). — 6. Acide phénique au 1/40e. — 7. Deutochlorure de mercure (liqueur de Van Swieten). — 8. Acide borique au 1/20e; eau oxygénée (o).

3° *Coagulation intra-vasculaire.* — 1. Alcool à 86°; acide phénique au 1/20e. — 2. Eau-de-vie camphrée; acide phénique au 1/40e; iodoforme (éther iodoformé); teinture d'iode; alcool salicylé. — 3. Biiodure de mercure; liqueur de Van Swieten. — o. Sulfate de cuivre; chlorure de zinc; acide borique; eau oxygénée.

« En présence de ces tableaux, un mot d'explication est nécessaire. Si, dans le traitement de grandes plaies profondes, comme celles des amputations, il fallait tenir compte exclusivement de l'action germicide, comme on l'a fait au début du pansement de Lister, on pourrait croire que le biiodure et le deutochlorure de mercure, le sulfate de cuivre au centième, l'eau oxygénée, l'iodoforme sont supérieurs, pour tous les cas, à l'acide phénique au vingtième, à l'alcool et à l'eau-de-vie camphrée. La clinique, jusqu'ici, n'a pas donné raison à cette présomption, et, malgré les tentatives qui se font de tous côtés pour substituer à ces agents quelque chose de meilleur, je ne crois pas qu'on y soit arrivé. Je n'en veux d'autre preuve que les divergences qui existent dans la pratique des chirurgiens, les uns donnant la préférence à la liqueur de Van Swieten, les autres à l'eau oxygénée, d'autres encore à l'iodoforme et au chlorure de zinc, mais le plus grand nombre adoptant l'acide phénique seul, ou l'associant à l'un des autres agents, sans donner les motifs de cette association.

« Seulement, on a oublié trop souvent que ce qui est essentiel dans le pansement avec

l'acide phénique, c'est le grand lavage, avant l'occlusion définitive de la plaie, avec la solution au vingtième chez l'adulte, la solution au quarantième chez l'enfant; c'est aussi de ne pas laisser les drains trop longtemps. C'est par suite de ces oublis que le pansement a donné quelquefois, malgré son action germicide, des suppurations plus abondantes et plus prolongées que cela aurait eu lieu si le pansement avait été mieux compris.

« Pour moi, la supériorité de l'acide phénique tient à ce que, tout en étant germicide, il est très coagulant, ce qui lui permet de rendre imputrescents les liquides épanchés en dehors des vaisseaux et de diminuer, par l'oblitération d'un certain nombre de capillaires, et peut-être par une modification avantageuse et difficilement explicable aujourd'hui des nerfs concomitants, de diminuer, dis-je, l'intensité de l'inflammation traumatique.

« A mon avis, tout antiseptique qui ne réunira pas, comme l'acide phénique au 1/20e et l'alcool, ces conditions d'être tout à fois notablement germicide, coagulant extra-vasculaire et coagulant intra-vasculaire, sera inférieur, dans le pansement des plaies, aux deux substances que je viens de nommer.

« Peut-être pour certaines maladies autres que les plaies, et notamment pour les épanchements articulaires séreux et purulents, réussit-on avec d'autres antiseptiques. Je connais, d'autre part, les succès que nos accoucheurs français obtiennent avec la liqueur de Van Swieten et le sulfate de cuivre. Mais on n'a pas fait assez d'études comparatives pour être sûr que l'acide phénique, employé à dose convenable, ne réussirait pas aussi bien. »

VARIÉTÉS

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE.

Ce Congrès, dont il a été déjà parlé, a été organisé par une commission ayant pour membres : M. le professeur Trélat, président; M. le professeur Verneuil, MM. Horteloup, Chauvel, Bouilly, Ch. Monod, et S. Pozzi, secrétaire. Cette commission a rédigé des statuts et règlements provisoires qui seront discutés dans la prochaine session, et dont voici les dispositions principales :

Le Congrès français de chirurgie a pour but d'établir des liens scientifiques entre les savants et les praticiens nationaux ou étrangers qui s'intéressent aux progrès de la chirurgie française.

Le Congrès tient ses sessions à Paris, chaque année, pendant la semaine de Pâques, sauf décision contraire de l'assemblée.

Sont membres du Congrès tous les docteurs en médecine qui s'inscrivent en temps utile et payent la cotisation, fixée à 20 francs par an. Une cotisation de 200 francs, versée avant le 15 février 1885, donne droit au titre de *fondateur*. Passé cette date, la même cotisation conférera le titre de *membre perpétuel*. Cette cotisation opérera le *rachat* de toute contribution annuelle.

Voici les questions mises à l'ordre du jour du prochain Congrès :

1° Etiologie et pathogénie des infections chirurgicales; 2° des indications que l'examen de l'urine fournit à la pratique chirurgicale; 3° des meilleurs pansements à employer dans la chirurgie d'armée en campagne; 4° cure des abcès froids; 5° des indications opératoires dans les blessures profondes de l'abdomen.

La commission d'organisation demande aussi des documents sur les questions suivantes :

1° Valeur comparée de l'anus iliaque et de l'anus lombaire dans le cancer du rectum; 2° indications de la gastrostomie; 3° origine et nature de la coxalgie; 4° indications de la trépanation du crâne dans les lésions traumatiques; 5° du traitement du pédicule dans l'ovariotomie et l'hystérotomie; 6° de l'opération des tumeurs incluses dans le ligament large.

COURRIER

COURS. — M. le professeur Richet continuera ses leçons de clinique chirurgicale, à l'Hôtel-Dieu, les mardi et samedi de chaque semaine, à neuf heures et demie.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs

Sommaire

Clinique médicale de la Charité.

De la nature de la pneumonie,

Leçon de M. le professeur HARDY

Recueillie et publiée par le docteur Armand Siredey.

Messieurs,

A propos du malade atteint de pneumonie franche, lobaire, qui a fait l'objet de ma dernière leçon, il me paraît intéressant de vous entretenir d'une question aujourd'hui pleine d'actualité, je veux parler de la nature de la pneumonie.

Il y a dix ou vingt ans, la nature de la pneumonie ne soulevait aucune discussion : la plupart des médecins s'accordaient à la regarder comme une maladie locale, comme une inflammation plus ou moins étendue du parenchyme pulmonaire, remplissant les alvéoles d'un exsudat fibrineux e s'accompagnant de manifestations générales plus ou moins accusées, toutes subordonnées à l'affection du poumon.

Mais, depuis quelques années, la question de nature de la pneumonie est mise en discussion : si l'on est d'accord sur la nature inflammatoire des lésions anatomiques de la pneumonie, il n'en est pas de même de l'interprétation de la maladie.

Certains médecins, frappés de l'importance des phénomènes généraux, veulent reléguer au second plan la localisation anatomique, pour accorder la part principale à une altération générale de l'organisme.

En un mot, on veut faire de l'inflammation du poumon une maladie générale ; la pneumonie deviendrait une pyrexie, une *fièvre pneumonique*.

D'ailleurs, ce n'est pas de nos jours seulement que cette idée a pris naissance ; depuis longtemps, on avait déjà assimilé la pneumonie aux pyrexies, et la tendance qui se manifeste actuellement ne fait que reproduire, sous une autre forme, une opinion qu'avaient déjà exprimée nos devanciers.

C'est ainsi que, pour Huxham et Fr. Hoffmann, la pneumonie était une fièvre qui se localisait sur le poumon, opinion qui a, d'ailleurs, toujours eu cours à l'Ecole de Montpellier. C'est ainsi que Cayol, professeur de clinique médicale à notre Faculté, développa cette idée, dans ce même amphithéâtre, vers 1828, et tenta de faire admettre que l'inflammation du parenchyme pulmonaire était subordonnée aux phénomènes généraux qui l'accompagnent habituellement. Il décrivit la pneumonie comme une maladie générale d'emblée, sous le nom de *fièvre péripneumonique*.

Mais sa protestation fut à peine entendue ; sous l'influence de Broussais, l'idée de l'inflammation dominait toute la pathologie, et la pneumonie conserva sa place parmi les maladies inflammatoires.

Plus tard, Marrotte, ancien médecin de l'hôpital de la Pitié, frappé de la régularité qu'offre la marche de la pneumonie, de la détente brusque qui signale ordinairement la convalescence, vit dans ces caractères une certaine analogie avec l'érysipèle, et décrivit cette maladie comme une affection générale, cyclique, qu'il appelait *fièvre synoque pneumonique, érysipèle du poumon*.

Depuis quelques années, un certain nombre de médecins ont repris ces

idées sous différentes formes, et veulent faire de la pneumonie une maladie générale d'emblée, ayant sa localisation dans le parenchyme pulmonaire, de même que nous voyons les oreillons se manifester dans les glandes parotides, la diphthérie sur le pharynx ou le larynx, etc.

C'est surtout depuis l'apparition de la théorie parasitaire que ces discussions ont été soulevées de nouveau. Née en Allemagne, sous l'influence des travaux de Cohnheim, de Jurgensen, de Klebs, de Friedländer surtout, la pneumonie ne fut plus seulement regardée comme une fièvre, mais bien comme une maladie infectieuse, comme une maladie parasitaire, et cette dernière manière de voir, qui paraît étrange au premier abord, a été exposée tout dernièrement par M. le professeur Germain Sée dans une leçon magistrale, à l'Hôtel-Dieu, et dans une communication plus récente à l'Académie des sciences.

Voici, d'ailleurs, les principaux arguments qui ont été invoqués à l'appui de cette opinion.

Le premier s'appuie sur l'étiologie : Bouillaud et la plupart des médecins modernes avaient insisté sur l'influence du froid dans la genèse de la pneumonie, et la plupart des faits ont longtemps paru en rapport avec cette observation, tout en tenant compte, à côté de cette cause connue, d'origine externe, de la prédisposition individuelle, des modifications encore inconnues de l'organisme, qui le rendent plus impressionnable aux circonstances extérieures, en apparence banales.

La difficulté que l'on éprouve souvent à reconstituer les antécédents des malades, a fait mettre en doute l'existence du refroidissement comme cause de la pneumonie.

Marrotte nie l'influence du froid.

Griesinger prétend n'avoir observé cette cause que 2 fois environ, sur 100 cas. Grisolle, bien qu'il ait envisagé la pneumonie comme une inflammation du poumon, dit n'avoir rencontré le froid que dans 1/4 environ des cas observés.

En opposition avec la difficulté que l'on éprouve à démontrer, d'une façon indiscutable, l'influence du refroidissement, on a signalé la fréquence des pneumonies à certaines époques de l'année, l'importance d'une véritable constitution médicale. Quelques auteurs ont même décrit de véritables épidémies de pneumonie, en Angleterre, en Suède, en Amérique. La coïncidence de plusieurs pneumonies dans une même famille a été invoquée comme un exemple de contagion, et on a fait de toutes ces circonstances autant d'arguments en faveur du caractère infectieux de la maladie.

On s'est appuyé aussi sur les phénomènes généraux qui s'observent au cours de la pneumonie. Le frisson du début, la fièvre intense, les accidents qui surviennent du côté du système nerveux ou des voies digestives, ne pourraient être attribués qu'à une maladie générale, jetant d'emblée une profonde perturbation dans l'organisme.

On a insisté tout particulièrement sur ce fait que les manifestations générales précédaient habituellement les phénomènes locaux.

Et d'ailleurs, dit-on, la pneumonie n'a-t-elle pas une marche cyclique, une évolution régulière et fatale que l'on peut en tous points comparer à celle des pyrexies ?

Mais ce sont surtout les recherches microscopiques qui sont venues fournir de nouveaux arguments : la plupart des maladies infectieuses ont leur microbe, que beaucoup de médecins considèrent comme l'élément caractéristique de la maladie ; aussi s'est-on efforcé, depuis quelques années, de poursuivre dans les crachats, dans l exsudat pulmonaire, dans le sang, la recherche du microbe de la pneumonie.

Klebs, de Prague, en 1880, puis Eberth (1881), Friedländer (1882), Koch (1883), et enfin Talamon (1883), décrivirent tour à tour des micro-organismes observés dans les crachats, dans les poumons ou dans le sang, qui

leur paraissaient constituer l'agent spécial du processus pneumonique. Friedländer, et plus tard Talamon, entreprirent d'inoculer à des animaux le microbe de la pneumonie. Le premier n'obtint que de rares succès, mais dernièrement Talamon reproduisit plusieurs fois des affections semblables à la pneumonie. Et c'est ainsi que la pneumonie devint, de par le microscope et l'expérimentation, une maladie parasitaire.

Ces arguments, que je viens d'exposer sincèrement, sont-ils assez puissants pour entraîner la conviction? Je ne le pense pas tout d'abord, mais c'est ce que je veux examiner. Il me paraît difficile de nier l'influence du froid sur la production de la pneumonie; vous n'avez pas oublié l'observation si précise du malade que je vous ai présenté dans ma dernière leçon. Cet homme, en bon état de santé jusque-là, était allé un dimanche matin au marché des Ternes pour y vendre des chapeaux; sur la place même du marché, il ressentit l'atteinte du froid vif et piquant qui régnait à ce moment; en quittant la place, il revint chez lui, au Marais, sur l'impériale d'un omnibus, et traversa ainsi la plus grande partie de Paris, tout en souffrant vivement du froid. Arrivé chez lui, il eut beaucoup de peine à se réchauffer. Il dîna, néanmoins, mais il ne tarda pas à vomir son dîner; puis, dans la soirée, il eut un frisson très marqué, et, dès la nuit suivante, il éprouvait en même temps qu'un malaise général intense un violent point de côté; il commençait à tousser, et la persistance de ces symptômes l'amenait deux jours plus tard dans nos salles.

Jusqu'au moment où il se refroidit, cet homme se trouvait très bien portant, comme d'habitude, ainsi qu'il nous l'a formellement répété lui-même, et ce n'est qu'après s'être refroidi dans sa longue station au marché, et dans l'imprudent voyage qui suivit, qu'il éprouva les premiers symptômes de sa maladie. Vous ne trouverez pas toujours une étiologie aussi nette, Messieurs. Bien souvent les malades, et surtout ceux que vous voyez à l'hôpital, n'ont pas observé les circonstances qui ont précédé leur maladie, ou n'en ont gardé qu'un vague souvenir. Ce n'est souvent que par un interrogatoire minutieux et précis que vous arriverez à reconstituer avec quelque netteté leurs antécédents. Il ne suffit pas que le malade n'ait pas eu conscience du refroidissement, ou qu'il l'ait oublié, pour que l'on soit en droit de le nier d'une façon absolue. Pour ma part, j'ai presque toujours rencontré un refroidissement appréciable précédant la pneumonie.

L'argument tiré des constitutions médicales me touche peu. Les constitutions médicales résultent de l'ensemble des influences saisonnières, atmosphériques, etc., qui se font sentir à un moment donné dans une ville, dans une région. Il est reconnu que les pneumonies s'observent surtout dans les saisons intermédiaires, au printemps et en automne, et ces saisons, dans nos climats, sont souvent froides et humides; elles offrent des températures très variables; à un temps relativement calme et beau succèdent de brusques intempéries qui exposent plus encore à un refroidissement que des températures continuellement basses. L'état de l'atmosphère explique ici la fréquence des cas observés simultanément.

Les épidémies de pneumonie, qui ont été signalées dans quelques pays, ne me paraissent pas à l'abri de toute suspicion. Ne s'agirait-il, pas dans ces cas, de grippe, de fièvre typhoïde, pouvant offrir des complications pulmonaires?

En France, on n'a cité aucune observation concluante. La fréquence des pneumonies dans les asiles de vieillards s'explique par la débilitation des sujets, par le brusque passage des dortoirs, qui sont chauffés, aux cours mal abritées. Il n'est pas surprenant que la maladie atteigne presque en même temps plusieurs individus qui vivent en commun et sont soumis aux mêmes influences.

Quant à la contagion directe de la maladie d'un pneumonique aux per-

sonnes qui l'entourent, je n'ai jamais eu l'occasion de l'observer, et je ne sache pas qu'elle ait été démontrée d'une façon formelle.

Il est, en revanche, un fait que nous pouvons opposer à ceux qui considèrent la pneumonie comme une maladie générale, c'est la fréquence des récidives. Le propre de la plupart des maladies infectieuses est de conférer l'immunité, et c'est un argument que l'on ne dédaigne pas lorsqu'il s'agit de faire entrer une maladie dans les classes des pyrexies. Or, il n'est pas rare d'observer plusieurs atteintes successives de la maladie à quelques années de distance. Notre malade avait eu déjà une pneumonie franche en 1848; souvent les récidives sont assez rapprochées.

Les objections tirées des symptômes généraux de la pneumonie sont plus sérieuses. Il est vrai que les manifestations générales ont une grande importance dans la pneumonie, et je n'ai pas hésité à reconnaître dans ma dernière leçon que vous deviez leur accorder la plus large part dans les indications pronostiques de la maladie. Mais je ne crois pas cependant qu'elles constituent à elles seules toute la maladie. Nous rencontrons des accidents généraux dans toutes les affections locales : l'angine phlegmoneuse, la bronchite, la pleurésie, etc., se manifestent dès le début par des frissons et des phénomènes généraux d'intensité variable.

Si les accidents locaux se montrent plus tard que les symptômes généraux, il y a souvent là une apparence trompeuse. La pneumonie peut être profonde, centrale au début; les signes physiques ne deviennent appréciables que lorsque la lésion a atteint les parties superficielles du poumon; et le plus ordinairement le point de côté, la toux et l'expectoration rouillée suivent de près le frisson initial.

Bien souvent, d'ailleurs, ces deux ordres de phénomènes sont contemporains. Chez notre malade, le point de côté s'est montré dans la nuit même où a débuté le premier malaise.

D'une façon générale, les phénomènes généraux sont, bien plus qu'on ne le dit, en rapport avec l'étendue et la gravité des lésions pulmonaires. Si l'on en excepte les individus cachectiques chez lesquels l'organisme réagit faiblement, il y a toujours une proportion assez exacte entre l'état du poumon et les manifestations générales de la maladie.

Quand il s'agit d'une pneumonie traumatique, affection bien locale, la marche est la même que dans la pneumonie commune : les symptômes généraux précèdent quelquefois les signes physiques, avec lesquels ils restent sensiblement en rapport.

La température est généralement moins élevée dans la pneumonie que dans les maladies infectieuses. Le thermomètre oscille autour de 39° et dépasse rarement 40°, si ce n'est dans les formes graves et à la période ultime; dans les fièvres, même d'une intensité médiocre, il est commun de voir le thermomètre monter entre 40 et 41 degrés.

Le cycle de la pneumonie n'a rien de précis ni de très caractéristique au point de vue de la nature de la maladie. La marche est loin d'être régulière dans tous les cas. Certaines pneumonies peuvent entrer en résolution dès le quatrième, le cinquième ou le sixième jour; d'autres persistent jusqu'au douzième, et même au delà. Il est vrai que, dans la plupart des cas, la durée de l'affection n'excède guère une semaine, et que la maladie paraît évoluer dans une période de huit à dix jours. Mais il serait facile d'assigner également une évolution cyclique à chacune des affections locales.

L'angine phlegmoneuse ne suit-elle pas une marche régulière et bien connue? Ne peut-on pas indiquer, à l'avance, l'époque de la formation de l'abcès, de son ouverture probable? Depuis la simple cicatrisation d'une plaie jusqu'à la consolidation d'une fracture, ne pouvons-nous pas à peu près fixer la durée de l'évolution d'un phénomène physiologique ou pathologique?

Enfin, Messieurs, je vous rappellerai les belles recherches d'Andral sur

les altérations du sang, qui avaient montré, dans la pneumonie, que le sang présente les modifications que l'on rencontre habituellement dans les inflammations, et dont la plus importante consiste dans une augmentation très notable de la fibrine. Dans les pyrexies, ce caractère fait défaut. Les recherches plus récentes de M. Hayem sont encore venues confirmer ce résultat et accentuer les différences que présentent les altérations du sang dans la pneumonie et dans les maladies infectieuses. Et cependant c'est dans cette classe de maladies qu'on peut faire rentrer l'inflammation du poumon.

J'arrive maintenant à l'argument tiré des recherches microscopiques et de la découverte des micro-organismes. La première observation que je ferai sur ce point, c'est que, si nous nous en rapportons aux descriptions qui ont été données par les divers auteurs, nous voyons que les éléments parasitaires qu'ils ont observés, chacun de leur côté, diffèrent notablement les uns des autres.

Klebs avait signalé, dans les crachats et dans les tissus hépatisés, des micrococcus de forme globuleuse, sphéroïdale, animés de mouvements. Il reconnaît d'ailleurs l'analogie de ces parasites avec ceux que l'on rencontre dans la salive ou à la surface de la muqueuse des bronches à l'état sain.

Friedländer a décrit des éléments allongés, privés de tout mouvement, et qui seraient entourés d'une sorte de capsule sur laquelle il insiste particulièrement.

Le microbe observé par Talamon est allongé comme celui de Friedländer, mais il est losangique, disposé en *fer* de lance, et jamais Talamon n'a rencontré la capsule d'enveloppe décrite par Friedländer.

En présence de ces discordances, n'est-il pas permis de douter de l'existence du vrai microbe de la pneumonie?

Les inoculations ne sont pas absolument démonstratives : elles ont donné jusqu'ici peu de succès. Friedländer a injecté chez divers animaux, dans le tissu cellulaire sous-cutané, du liquide de culture.

Il a déterminé quelques lésions pulmonaires vagues sur des cobayes, des souris et un chien. Mais il a trouvé les lapins réfractaires, malgré la facilité avec laquelle on inocule généralement à ces animaux les germes infectieux. De plus, il a observé chez ses victimes, à la suite de ces inoculations, un abaissement de température.

Talamon a obtenu des résultats plus constants et plus réguliers : il a déterminé chez divers animaux des lésions pulmonaires analogues à celles de la pneumonie commune, et il a obtenu une élévation de température; mais, au lieu de s'attaquer au tissu cellulaire sous-cutané, comme l'avait fait infructueusement Friedländer, il a injecté directement les produits dans le poumon à l'aide d'une seringue de Pravaz dont l'aiguille était introduite par les espaces intercostaux. Or, n'y a-t-il pas lieu de tenir compte ici du traumatisme? Peut-on considérer comme insignifiante l'introduction, dans le poumon d'un lapin ou d'un cobaye, d'une aiguille de Pravaz? Il me semble que cette blessure, toutes proportions gardées, ne diffère pas beaucoup de celle que produirait sur le poumon d'un homme la pointe d'une épée ou d'un fleuret. Je ne suis donc pas éloigné de croire, pour ma part, que ces pneumonies expérimentales ont une certaine parenté avec les pneumonies traumatiques, et je ne suis pas encore convaincu que l'on ait reproduit expérimentalement la *véritable pneumonie franche*.

Cependant, Messieurs, je ne mets pas en doute l'existence de pneumonies infectieuses. Oui, chez les gens surmenés, chez les typhiques, chez les varioleux, chez ceux qui sont atteints de septicémie, chez les individus que leur profession expose aux émanations de matières organiques en décomposition, comme les chiffonniers, les équarrisseurs, etc., on observe une altération pulmonaire de nature spéciale que je rangerai volontiers parmi les maladies infectieuses. Mais, pour moi, cette affection est bien distincte

de celle dont nous nous occupons. Ici, les phénomènes généraux dominent toute la scène : les signes locaux font presque défaut, ou sont réduits à des proportions très minimes. Au contraire, les accidents généraux revêtent d'emblée une intensité remarquable. La température s'élève comme dans les pyrexies ; le pouls est fréquent ; on observe de la diarrhée, de la stupeur, de l'abattement, du gonflement de la rate, de l'albuminurie, phénomènes qui manquent ordinairement dans la pneumonie franche, et qui caractérisent un état général fébrile prédominant. — Voilà, pour moi, la pneumonie infectieuse.

Mais, à côté de cette forme exceptionnelle, je pense qu'il faut laisser intacte la pneumonie franche, fibrineuse, lobaire, maladie locale, non épidémique, non contagieuse, qui reste, à mon avis, le type des maladies locales spontanées.

REVUE DES JOURNAUX

Le Kéfyr, par le docteur Forster (de Riga). — Ce travail est un aperçu concis et pratique sur le mode de préparation, les effets physiologiques, les propriétés thérapeutiques et les particularités microscopiques de cette boisson, qui tend depuis quelques années à se substituer au koumys, avec lequel elle présente, d'ailleurs, de grandes analogies.

Le kéfyr (vin de lait mousseux) est un produit que l'on tire du lait au moyen d'un ferment particulier connu sous le nom de « graines à kéfyr. » Ce ferment se présente, en effet, sous l'aspect de petites masses de la grosseur d'un pois ou d'un haricot, constituées par un mélange de bactéries, d'oïdium lactis (champignon de la moisissure) et de saccharomycètes. Les recherches chimiques de Struve y ont révélé des albuminates, de l'eau, de la graisse, des peptones et des matières insolubles. Suivant cet observateur, les bactéries feraient défaut.

Les propriétés du kéfyr varient et dépendent de son mode de préparation, c'est-à-dire de la nature du récipient employé, des qualités du ferment, de la durée de son contact avec le lait, de la température à laquelle on opère, etc. C'est ainsi que le kéfyr préparé par les montagnards du Caucase, dans une outre en peau de chèvre (Burdjuk) et nommé en conséquence « Burdjuk-Kéfyr » n'a aucune valeur thérapeutique. Le meilleur kéfyr est celui que fournit le ferment provenant de Tiflis.

Le kéfyr bien préparé est un liquide fortement mousseux, d'une consistance analogue à celle d'une crème épaisse. Son goût est piquant et d'une agréable acidité. Son odeur rappelle celle du lait de beurre. Lorsqu'il est manqué, son goût devient excessivement aigre, la caséine s'y coagule en grumeaux et l'agitation n'y détermine plus la formation de grosses bulles persistant pendant un certain temps. Il provoque alors des nausées, du pyrosis, des coliques, etc. Comparativement au koumys, il contient plus d'acide lactique, moins d'acide carbonique, d'alcool et possède un goût plus agréable. Il dégoûte moins promptement que le koumys. On commence par en boire une bouteille par jour, en trois fois, et l'on va progressivement jusqu'à trois bouteilles, en réduisant proportionnellement l'alimentation.

Le kéfyr est un bon aliment dans les cas où aucune nourriture, pas même le lait, n'est supportée. Sous son influence, la nutrition devient plus active et le poids du corps augmente. La diurèse devient plus abondante. La densité de l'urine diminue, mais la quantité de principes fixes qu'elle contient par jour devient plus grande. Le kéfyr « faible » est laxatif; le kéfyr « fort » constipe.

Le kéfyr est indiqué dans les dyspepsies en général, le catarrhe et les autres affections de l'estomac, la dysenterie, le catarrhe et la phthisie pulmonaires, enfin certains états anémiques et cachectiques. Il fait promptement disparaître les crampes d'estomac, les douleurs du même organe et les vomissements.

Il est contre-indiqué dans les grands processus morbides qui troublent la nutrition et dans les affections du cœur, où il est positivement nuisible. (*Allgemeine medicinische Centralzeitung*, 1 novembre 1884.) — M. D. D.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES MÉDECINS DÉLÉGUÉS DES ÉPIDÉMIES ET LA PROTESTATION DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DU TEMPLE.

En ce moment, la Société médicale du IIIe arrondissement fait circuler une protestation contre l'institution des médecins délégués des épidémies. Tout en rendant justice à nos estimables confrères dont les opinions ne sont pas nôtres, il convient, ce me semble, de pénétrer les motifs de leurs doléances. C'est prendre connaissance du procès avant de donner signature ou adhésion; c'est encore déclarer que, mettant les personnes hors de cause, il faut juger d'après les faits seulement.

Et d'abord, voici une objection préjudicielle : cette protestation est-elle opportunes Je ne le pense pas. En 1883, au moment des appréhensions provoquées par l'épidémie d'Egypte, on décida la nomination des médecins délégués, dont tout le monde acceptait alors l'utilité et même la nécessité. Des cadres furent dressés; depuis, avec le choléra de 1884, l'institution fut mise en fonctionnement. L'épreuve lui a-t-elle été favorable? Oui, si je m'en rapporte aux informations officielles; puisque *deux réclamations seulement ont été formulées contre les délégués;* non, d'après nos confrères dont les raisons sont discutées plus loin.

Aujourd'hui, sans doute, on peut hésiter entre ces deux affirmations : par conséquent, ce n'est pas le moment de protester. En effet, les fonctionnaires éphémères qu'on incrimine n'existent plus; leur mission a pris fin avec le choléra qui la motivait.

Ceci dit, quels sont les griefs des protestataires? Je cite textuellement :

« Nous estimons, écrivent-ils, que leur intervention a été très souvent inutile et tou-
« jours blessante pour la dignité des médecins traitants.

« L'Administration a été avisée... ?e cas de choléra de deux façons différentes : tan-
« tôt le médecin traitant les notifiait lui-même, tantôt c'était la rumeur publique. Dans
« le second cas seulement, à notre avis, l'Administration était autorisée à déléguer un
« médecin...; dans le premier cas, nul mieux que le médecin traitant n'était apte à
« fournir un diagnostic exact, et il n'était nul besoin d'un médecin contrôleur. Or, ce
« n'est pas ainsi que les choses se sont passées ; dans tous les cas, non seulement un,
« mais plusieurs délégués sont venus successivement visiter les malades, les alarmer et
« jeter quelquefois du discrédit sur le médecin des familles. »

L'institution des délégués serait-elle donc un inutile et réel attentat contre la dignité du corps médical ? A défaut d'exemples que ne donnent pas nos confrères, il faut, s'ils existent, en chercher les motifs dans les instructions officielles. Je ne les trouve pas.

En premier lieu, *elle n'est pas illégale.* De par la loi, chaque département possède un comité consultatif d'hygiène ayant compétence sur toutes les questions de salubrité et d'hygiène. A Paris, ce comité se recrute par lui-même; de là son indépendance qu'augmente encore la haute valeur de ses membres, tous médecins de grande notoriété et savants illustres. Le prouver est superflu, quand on a cité les noms des Pasteur, des Boussingault, des Peligot et d'autres encore. En temps d'épidémie, et surtout de choléra, ce Comité est dans l'impossibilité de constater par lui-même tous les cas suspects et de suivre les enquêtes sanitaires. De là, nécessité pour lui de déléguer des pouvoirs à des médecins, dont les fonctions, aux termes de la lettre du Préfet de police, en date du 3 juillet 1884, sont « d'assurer avant tout, avec la plus grande rapidité possible : 1° la « constatation... de la nature réelle de l'affection qui aura fait l'objet d'une déclaration ; « 2° l'indication... des mesures propres à prévenir la propagation du mal ».

L'uniformité d'action était donc de nécessité ; et en déléguant ainsi leurs pouvoirs, le Comité consultatif et l'Administration faisaient acte de sagesse. Au reste, à quoi bon le démontrer longuement ? Que sont donc les médecins de l'état civil, sinon des délégués des municipalités chargés de dresser un procès-verbal obituaire et de formuler un diagnostic *post mortem*, parfois différent de celui du médecin traitant ? En outre, ils ont le droit, dont ils usent, de s'enquérir du nom du médecin, de faire produire ses ordonnances, en un mot, de faire une enquête. Qui donc oserait contester l'utilité de leur fonction et y voir une atteinte contre la dignité médicale ?

Il en est de même pour les médecins délégués des épidémies. Avant de les mettre en accusation on aurait dû, ce me semble, lire le questionnaire auquel chacun d'eux répond dans chaque enquête cholérique. Ce bulletin de visite mentionne : le domicile, l'état civil, la profession, le genre de vie du malade; s'il a éprouvé de la diarrhée ou d'autres symptômes précurseurs, — l'état de santé des personnes habitant le même logement, — celui des autres habitants de la maison, — la salubrité ou l'insalubrité du loge-

ment, — enfin, si ce logement est un garni ; tous renseignements d'hygiène pratique dont une administration intelligente fera profit. Ces informations ne sont, à coup sûr, ni vexatoires pour le médecin traitant, ni susceptibles d'amoindrir sa situation, sa dignité ou son influence. *La création des médecins délégués n'a donc pas été contraire à la dignité médicale?*

Leur intervention a-t-elle été utile? Qui donc peut en contester les avantages quand les hygiénistes de toutes les écoles s'accordent sur la nécessité d'agir avec rapidité, vigueur et uniformité ? Etait-elle superflue quand la rumeur publique, et même d'autres encore, faisaient des cas de choléra avec des hernies étranglées, des cancers de l'estomac et des morts subites par syncope cardiaque? N'eût-elle servi qu'à modérer l'affolement, elle rendait des services, dont j'ai vu des médecins traitants être aussi satisfaits que les protestataires s'en déclarent mécontents.

Fallait-il confier cette mission à d'autres qu'à des médecins, et envoyer, comme on l'a dit, des inspecteurs de police munis d'instructions précises pour présider aux mesures de désinfection? Cette objection mérite une brève réponse : Le faire, c'était réduire toute la prophylaxie sanitaire à une question de fumigation, et le rôle du médecin des épidémies à celui de désinfecteur.

Après cela, j'admets avec les signataires de la protestation qu'il a dû se produire des froissements de personne et de susceptibilités ; mais, à mon tour, je leur demande s'il est une seule institution médicale exempte de tels inconvénients ?

J'en conclus que le Comité d'hygiène public mérite des remerciements pour cette création, et que la préfecture de police a fait acte de bonne administration en se conformant à ses avis. Je vais plus loin, et, avec d'autres plus autorisés, j'estime que les attributions des médecins délégués devraient être étendues aux cas de diphthérie, de fièvre typhoïde, de variole, etc., etc., de façon à établir la statistique sanitaire de chaque maison, et à connaître exactement les foyers épidémiques de la cité. Quant aux imperfections de l'institution, je ne m'y arrête guère. Elles disparaîtraient aisément. Toute innovation provoque des objections, c'est la force des choses qui le veut ainsi.

Ch. E.

THÉRAPEUTIQUE

Études sur le rôle de la pepsine et de la pancréatine dans la digestion.

Par M. le docteur Girard.

La *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* a inséré, dans le n° 43 du 24 octobre dernier, un mémoire sur la pepsine et son rôle dans la digestion générale. L'auteur, M. Defresne, établit d'abord que l'albumine crue doit être préférée à la fibrine dans le dosage de la pepsine, et il essaie de démontrer ensuite que le suc gastrique a moins pour objet de peptoniser les aliments azotés que de les dissocier, les dissoudre et les préparer pour la digestion pancréatique.

Il faut bien se garder de penser, dit l'auteur, que la chymification des aliments se fait dans six fois son poids d'eau, comme l'indique le *codex* pour l'essai de la pepsine, et que la fonction du suc gastrique consiste à élaborer des peptones ; il a pour mission de désagréger, de dissoudre, de syntoniser les aliments albuminoïdes, en un mot, de les chymifier.

La chymification requiert le concours des dents et celui des muscles de l'estomac pour diviser les aliments, celui de la salive pour liquéfier en partie les amylacés, et celui du suc gastrique acide pour désagréger et fluidifier les albuminoïdes.

Ce travail complexe ne peut s'effectuer qu'à la condition que le bol alimentaire présente quelque consistance. M. Defresne cite à l'appui de cette thèse les expériences variées auxquelles il s'est soumis : une première fois, il absorba 200 grammes de bifteck, représentant 330 grammes de viande fraîche et 325 grammes d'eau ; trois heures et demie plus tard, il obtint à l'aide de l'ipéca 280 grammes de chyme fluide, où l'on ne reconnaissait plus que des tendons, des aponévroses et quelques débris musculaires ; la chymification était terminée et 245 grammes de chyme au moins avaient déjà franchi le pylore.

Une deuxième fois, il prit 150 grammes de pain, 80 grammes de volaille cuite, 90 grammes de chicorée cuite, 30 grammes de pâtisserie et 450 grammes eau-vineuse ; le chyme obtenu après quatre heures de digestion, pèse 770 grammes ; il est de consistance pultacée, on y rencontre des débris de pain, des faisceaux musculaires intacts ; il contient 17 p. 100 de matériaux solides ; le suc gastrique mixte que l'on en retire pèse 3 degrés Baumé ; sa densité est 1030.

La chymification des aliments chez l'homme se fait dans un poids d'eau et de suc gastrique, environ double de celui des aliments solides ingérés ; dans ces deux cas et dans d'autres encore, que M. Defresne observa chez les animaux, le chyme recueilli, filtré et neutralisé, se coagulait abondamment par la chaleur ; il ne contenait que peu de peptone.

La chymification des aliments est très active dans le voisinage du pylore ; le chyme pultacé franchit le détroit et débouche au fur et à mesure, par petites parties successives dans le duodénum où il rencontre la bile qui le neutralise, et le suc pancréatique qui saccharifie instantanément l'amidon, peptonise rapidement les albumines désagrégées ou dissoutes, émulsionne les graisses concurremment avec la bile, et, seul il les dédouble en acides gras et glycérine, seul il jouit de cette propriété. Le suc pancréatique peut opérer toutes ces transformations dans un milieu dense ; la rapidité de son action est telle que l'on ne rencontre plus dans le jéjunum qu'un liquide sirupeux et lactescent.

La diversité, l'instantanéité d'action du suc pancréatique a fait songer à employer la pancréatine en thérapeutique, mais la question suivante se pose : le suc pancréatique qui agit dans un milieu à peine acide peut-il, sans être détruit, séjourner au milieu du chyme et traverser impunément l'estomac?

Pour résoudre ce problème, il faut se rappeler les propriétés suivantes de la pancréatine ; elle peut séjourner impunément au milieu d'un liquide dont l'acidité constituée par des acides organiques serait vingt fois plus grande que celle du chyme ; dans ces conditions, elle peptonise encore l'albumine, mais ne retrouve toute son activité que lorsqu'on vient à neutraliser le milieu. Il n'en est plus tout à fait de même dans un milieu contenant un acide minéral, l'acide chlorhydrique, par exemple ; dans ce cas, les ferments sur l'amidon et la graisse sont détruits, celui sur l'albumine subsiste encore, mais est fortement atteint, et si l'on vient à neutraliser le milieu, la myopsine ou trypsine ne retrouve qu'une partie de son activité. Il est donc important de connaître la nature de l'acidité de l'estomac ; elle est variable, suivant l'époque à laquelle l'observation est faite.

Le suc gastrique que l'on obtient à l'aide de fistule ou par tout autre moyen, ne contient presque exclusivement que de l'acide chlorhydrique ; mais une fois mêlé aux aliments broyés, il les pénètre, réagit sur les sels organiques qu'ils contiennent, met les acides tartriques, malique lactique, etc., en liberté, et forme des chlorures avec leurs bases.

Si donc on a la précaution d'administrer la pancréatine un quart d'heure après le repas, elle ne rencontre que des acides organiques ; elle commence la transformation des aliments dans l'estomac lui-même et la continue dans l'intestin grêle quand la bile a neutralisé le chyme. (Defresne : Comptes rendus de l'Institut t. LXXXIX. 1879.)

L'expérience clinique vient confirmer ces déductions expérimentales. Le docteur Engesser (de Stuttgard) démontre, dans une brochure publiée en 1877, l'utilité qu'il y a à administrer le ferment pancréatique. Après avoir discuté si le ferment pancréatique éprouve quelque altération dans le suc gastrique, il conclut pour la négative et cite à l'appui l'observation suivante :

Mme C..., âgé de quarante ans, avait été chlorotique dans sa jeunesse. En 1873, la malade, souffrait depuis un an de douleurs gastriques surtout après l'ingestion de son repas ; trois ou quatre heures après, elle vomissait des aliments non digérés et un liquide acide ; l'estomac est dilaté. Le traitement consista dans le régime, l'administration du sulfate de soude, pour vaincre la constipation, et dans le lavage journalier de l'estomac avec de l'eau de Vichy. Sous l'influence de ce traitement, les douleurs et les vomissements cessèrent. Trois ans plus tard, l'état s'était aggravé, l'estomac s'étendait jusqu'à la symphise pubienne ; sentiment de pesanteur dans la région de l'estomac ; vomissements.

Comme précédemment, on fit le lavage de l'estomac, quatre heures après chaque repas. L'administration de pepsine en poudre et l'acide chlorhydrique, étendu, la première avant le second après les repas, n'empêchèrent pas les aliments de rester non digérés ; au lieu de pepsine, on administra la pancréatine :

Or, dès le premier jour, l'effet fut surprenant ; non seulement la malade mangea avec plus d'appétit, mais elle ne pouvait attendre le repas suivant, quatre heures après le repas principal et deux heures après la collation que la malade était obligée de faire, le lavage de l'estomac ne donnait plus qu'un liquide d'apparence laiteuse, sans aucune trace d'aliments non digérés. Du mois de septembre au mois de janvier, l'accroissement fut de 9 livres.

Suivant le docteur Engesser, l'emploi de la pancréatine est indiqué dans la dyspepsie atonique, la dyspepsie acide, la dyspepsie flatulente, et enfin dans certains cas généraux, le rachitisme, l'arthrite, la scrofule, le diabète, etc., qui sont le plus souvent occasionnés ou entretenus par une élaboration viciée du bol alimentaire.

VARIÉTÉS

LA LIGUE FÉMININE

A propos de la *Ligue féminine* qui vient d'être fondée sous la présidence de Mlle Barberousse, Jules Claretie, le spirituel rédacteur du *Temps,* s'écrie : « Barberousse va déployer, encore une fois, l'étendard du jupon, ou, comme on voudra, un jupon pour étendard... Il y a, ajoute-t-il, un peu partout et jusque dans le monde le moins accessible aux idées de révolte sociale, des appétits de révolution, si je puis dire, mais d'une révolution condamnée d'avance : le renversement de la loi naturelle, la révolution sexuelle..... » Ces derniers mots de l'intelligent écrivain caractérisent la situation d'une manière admirable. C'est, en effet, le renversement de la loi naturelle que rêvent un certain nombre de femmes, qui se fourvoient, et quelques hommes, qui, en les secondant, croient se montrer leurs amis.

La situation de la femme au sein de la société moderne a été plus d'une fois étudiée dans l'*Union médicale*, mais seulement, ou au moins principalement, au point de vue des prétentions féminines à l'exercice de l'art de guérir. Pour ma part, j'ai, il y a quelques années, formulé sur ce sujet une opinion très explicite. Eh bien, après tout ce qui a été dit et fait depuis la manifestation de mes idées, je persiste, avec mon cœur encore plus qu'avec mon intelligence, à penser que la femme *pratiquant* la médecine est une monstruosité. La femme a plus d'un rôle bien autrement beau à jouer dans la société humaine.

Eugène Pelletan, l'honnête homme qui vient de mourir, a écrit, dans la *Charte du foyer,* ces mots charmants : « C'est précisément la diversité de l'homme et de la femme qui forme l'attrait qu'ils ont l'un pour l'autre, le bonheur qu'ils éprouvent l'un avec l'autre ; changez la femme en homme, vous tuez l'amour, il ne reste que l'amitié. Vous aurez déchiré le roman de l'existence. » — G. R.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 7 au 13 décembre 1884. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 979. — Fièvre typhoïde, 24. — Variole, 2. — Rougeole, 32. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 7. — Diphthérie, croup, 31. — Choléra, 7. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 0. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite tubercul. et aiguë), 37. — Phthisie pulmonaire, 173. — Autres tuberculoses, 17. — Autres affections générales, 67. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 49. — Bronchite aiguë, 49. — Pneumonie, 93. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 29; au sein et mixte, 14 ; inconnues, 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 95 ; circulatoire, 56 ; respiratoire, 81 ; digestif, 46; génito-urinaire, 21 ; de la peau et du tissu lamineux, 5 ; des os, articulat. et muscles, 3. — Morts violentes, 18. — Causes non classées, 8.

Le service de Statistique municipale a enregistré, pendant la semaine dernière, 979 décès au lieu de 1,116 pendant la semaine précédente. La ville de Paris a donc retrouvé la mortalité remarquablement faible dont elle jouissait pendant les trois mois qui ont précédé la dernière épidémie.

La comparaison des chiffres des dernières semaines, en ce qui concerne les fièvres, donne lieu aux remarques suivantes :

La fièvre typhoïde (24 décès au lieu de 26) conserve la rareté qu'elle a subitement acquise pendant le mois d'octobre dernier.

La Rougeole, au contraire (32 décès au lieu de 27), après s'être montrée très rare, à son ordinaire, pendant le mois d'octobre, a pris en novembre et a conservé en décembre une certaine fréquence dans quelques quartiers. Les dix premiers arrondissements, qui sont, comme on le sait, situés au centre de la ville, en sont presque complètement exempts (2 décès seulement dans l'ensemble de ces dix arrondissements).

Parmi les quartiers excentriques, il en est plusieurs au contraire qui sont de véritables foyers d'épidémie. Tel est, notamment, le quartier de la Maison-Blanche, que nous ne cessons de signaler dans nos *Bulletins*, parce que, chaque semaine régulièrement, il présente plusieurs décès par Rougeole (4 décès la semaine dernière, 2 la semaine précédente, 5 auparavant et ainsi de suite) ; les décès de cette semaine sont ceux de très jeunes enfants qui ne fréquentaient aucune école. La Rougeole ferait des victimes plus nombreuses encore, si elle venait à pénétrer dans quelque établissement d'instruction ; les médecins des écoles ne sauraient donc veiller sur cette maladie avec trop d'attention.

Les trois quartiers contigus d'Amérique (6 décès), du Combat (1 décès), et de Belleville (3 décès), présentent aussi, depuis plusieurs semaines, un nombre élevé de décès par Rougeole.

La Diphthérie (31 décès au lieu de 22) a regagné le terrain qu'elle semblait avoir perdu, sans qu'on puisse cependant lui attribuer une fréquence exceptionnelle. Les quartiers de la Gare (3 décès), des Batignolles (2 décès), de Belleville (3 décès), et du Père-Lachaise (4 décès) sont les plus frappés.

La Variole (2 décès), la Scarlatine (5 décès), la Coqueluche (7 décès), l'Érysipèle (0 décès) continuent à faire peu de victimes.

La Bronchite aiguë, dont les froids subits avaient brusquement augmenté la fréquence, a notablement diminué (49 décès décès au lieu de 62 la semaine précédente et 33 auparavant) ; la Pneumonie (93 décès au lieu de 95) a présenté depuis le commencement de l'hiver une ascension plus régulière.

La Diarrhée infantile (47 décès au lieu de 48) a acquis, depuis deux semaines, la rareté qui lui est ordinaire en hiver.

On a célébré à Paris 349 mariages. On a enregistré les naissances de 1,112 enfants vivants (540 garçons et 572 filles), dont 800 légitimes et 312 illégitimes; parmi ces derniers, 65 ont été reconnus immédiatement par un des parents ou par les deux. En outre, 101 mort-nés (67 légitimes et 34 illégitimes) que nous n'avons comptés ni avec les naissances, ni avec les décès.

Dr JACQUES BERTILLON,
Chef des Travaux de la Statistique municipale de la Ville de Paris

Faculté de médecine de Paris.

THÈSES DE DOCTORAT DU 15 AU 20 DÉCEMBRE 1884.

Lundi 15. — Pas de thèses.

Mardi 16. — M. Genebrias de Boisse : Etude sur une épidémie de fièvre jaune à bord des bâtiments de l'Etat (Sénégal, 1881). (Président : M. Brouardel.) — M. Lejour : De la pilocarpine dans la thérapeutique oculaire. (Président : M. Brouardel).

Mercredi 17. — M. Juda : Des lipomes du périnée envisagés particulièrement chez les enfants. (Président : M. Verneuil.) — M. Guillaume : Traitement de l'infiltration d'urine. (Président : M. Guyon.) — M. Castel : Considération sur la pathogénie des fistules ombilicales. (Président : M. Lannelongue.) — M. Delon : Des ruptures tendineuses sus-rotuliennes. (Président : M. Lannelongue).

Jeudi 18. — M. Vallois : Des anévrysmes de l'aorte thoracique descendante. (Président : M. Laboulbène.) — M. Castagné : Contribution à l'étude de la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne. (Président : M. Le Fort.) — M. de Molène-Mahon : De l'érythème polymorphe. (Président : M. Brouardel.) — M. Bougier : Peut-on diagnostiquer la mort par submersion ? (Président : M. Brouardel).

Vendredi 19. — M. Wallet : Note sur la rage et particulièrement sur l'incubation, les formes larvées, et le pronostic. (Président : M. Vulpian.) — M. Figari : Quelques considérations sur l'hématocèle rétro-utérine (Président : M. Trélat).

Samedi 20. — M. Lemonnier : Des modifications à apporter à la loi de 1838 sur les aliénés criminels. (Président : M. Ball.) — M. Pineau : Artério-sclérose et néphrite interstitielle considérées dans leurs rapports. (Président : M. Ball.) — M. Hamon-Dufougeray : Du ténia dans les hôpitaux maritimes de Lorient et de son traitement. (Président : M. Laboulbène).

FORMULAIRE

SIROP CONTRE LA TOUX NOCTURNE ET LES SUEURS DES PHTHISIQUES. — E. Barré.

Sirop de karabé.	200	grammes.
Sirop d'atropine.	50	—
Teinture de bryone	20	—

Mêlez. — Deux à trois cuillerées à café seulement, dans le courant de la nuit. Chaque cuillerée au moment des plus violents accès de toux. — N. G.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — Nous apprenons avec un vif plaisir que la Faculté de médecine, dans son assemblée de jeudi dernier, a nommé notre ami le docteur Grancher, à l'unanimité moins une voix, professeur de clinique des maladies des enfants, dans la chaire occupée jadis par le professeur Parrot.

Hôpital Saint-Louis. — Service de M. Ernest Besnier (salles Gibert et Cazenave, à neuf heures.) — Ordre des travaux à partir du premier janvier 1885 : Lundi, Polyclinique dermatologique et syphiliographique (consultation externe.) — Mercredi, clinique dermatologique et syphiliographique (salle Gibert et laboratoire Cazenave, ou salle des conférences du Musée.) — Jeudi, opérations dermatologiques : lupus, acnés, scrofulomes, etc. (laboratoire Cazenave.) — Samedi, Polyclinique des affections parasitaires : teignes, alopécies, dermatoses infantiles (laboratoire Cazenave).

Faculté des sciences de Toulouse. — Par arrêté ministériel, en date du 11 décembre 1884, la chaire de physique de la Faculté des scices en de Toulouse est déclarée vacante.

Société d'anthropologie de Paris. — Bureau pour l'année 1885 : Président, Dureau 1er vice-président, Letourneau ; 2me vice-président, Magitot ; secrétaire général adjoint, Girard de Rialle ; secrétaires annuels, Issaurat et Hervé ; conservateur des collections, Collineau ; Archiviste, Dally ; Trésorier, de Ranse ; commission de publication : Thulié, Mathias Duval et Hamy.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs

Sommaire

Clinique ophthalmologique de l'Hôtel-Dieu.

De l'anesthésie en chirurgie oculaire.

Leçon d'ouverture faite à l'Hôtel-Dieu, par M. le professeur PANAS, le 7 novembre 1884.

Recueillie par M. le docteur de Lapersonne, chef de clinique.

Messieurs,

En reprenant aujourd'hui nos leçons cliniques, je désire vous entretenir tout de suite d'un sujet sur lequel nous n'aurons plus à revenir, mais qui présente un grand intérêt au point de vue pratique ; je veux parler de l'anesthésie. Nous commencerons par l'anesthésie générale. Je tiens à vous dire de suite quel est mon avis sur l'emploi des anesthésiques généraux, et en particulier du chloroforme, dans nos opérations oculaires, sur ses indications, sur son administration, sur ses dangers plus ou moins réels. Quant à l'anesthésie locale, elle n'existe, pour ainsi dire, que depuis hier, mais elle paraît être appelée à nous rendre de très grands services, aussi je crois nécessaire de vous en dire quelques mots, bien que nos expériences ne soient pas assez nombreuses pour que nous soyons absolument fixés sur ce mode d'anesthésie (1).

Depuis de longues années, la question de l'anesthésie générale a été très controversée. Græfe endormait presque tous les malades qui devaient subir une opération de quelque importance, et surtout les cataractés. La plupart de nos confrères d'Angleterre font encore de même. Je dois dire que, surtout dans les hôpitaux, cette habitude a persisté, et moi-même, à l'époque où j'étais à Lariboisière, je faisais toutes mes opérations de cataractes pendant le sommeil chloroformique.

Pourquoi voit-on de nos jours un grand nombre de praticiens, surtout dans les cliniques de la ville, abandonner presque complètement l'usage du chloroforme pour les opérations oculaires?

Il y a à cela deux raisons principales. L'anesthésie demande un temps plus ou moins long, et dans une clinique très chargée en opérations comme la nôtre, on hésite quelquefois devant une perte de temps assez considérable pour faire une opération qui, somme toute, est peu douloureuse et surtout de très courte durée. Mais la raison, avouée ou cachée, de cet abandon est bien souvent la peur du chloroforme, la crainte des accidents qui peuvent résulter du sommeil chloroformique. On se dit que les dangers à courir ne sont pas en rapport avec l'intensité de la douleur ou l'importance de l'opération.

Dans un article récent (2), notre collègue de Lyon, M. Gayet, vient précisément de reprendre cette question, et, pour répondre aux objections des plus timorés, il conseille l'emploi préalable d'injections sous-cutanées d'un mélange de sulfate d'atropine et de chlorhydrate de morphine. Ces injections, faites vingt minutes environ avant le moment fixé pour l'anesthésie,

(1) Depuis le moment où cette leçon a été professée à l'Hôtel-Dieu, M. Panas a fait sur la cocaïne une communication à l'Académie, séance du 19 novembre 1884.

(2) Gayet : *De l'anesthésie en oculistique.* (*Archives d'ophthalmologie*, t. IV, n° 5, sept. et oct. 1884, p. 385 à 400.

rendent celle-ci beaucoup plus simple, plus rapide et suppriment les dangers du chloroforme. Pour lui, l'anesthésie favorise l'opération, et le chloroforme est le seul agent anesthésique qui donne une résolution suffisante pour des opérations sur les yeux. Remarquons, en passant, que cette déclaration ne peut pas être suspectée, venant de l'Ecole de Lyon, qui est restée, presque jusqu'à ces derniers temps, fidèle à l'emploi de l'éther comme anesthésique. Si donc on supprime tout danger du chloroforme, il n'y aura plus de raison pour en éviter l'emploi en chirurgie oculaire.

Quant à moi, Messieurs, d'une façon générale, je suis partisan du chloroforme, et je suis convaincu, comme mon collègue de Lyon, que l'anesthésie facilite l'opération; mais, pour cela, il faut que le sommeil chloroformique soit poussé jusqu'à la résolution complète; il n'y a pas, en effet, dans la chirurgie générale, de manœuvres qui nécessitent un collapsus plus complet que les opérations sur les yeux. La sensibilité de la cornée est le dernier territoire qui résiste à l'anesthésie, et, pour ainsi dire, la cornée est l'*ultimum moriens* de la douleur. Vous verrez des malades qui supporteraient, sans un mouvement quelconque, une amputation de cuisse et qui s'agiteront à la moindre tentative de placement du blépharostat. Il faut donc pousser très loin le sommeil anesthésique, si on veut éviter des mouvements inconscients qui seraient plus dangereux que ceux que pourraient faire les patients pendant l'état de veille. C'est précisément la crainte de pousser trop loin les inhalations de chloroforme qui fait qu'on redoute l'emploi de l'anesthésie générale; c'est probablement pour permettre de diminuer la quantité de chloroforme absorbé, que M. Gayet propose d'endormir les malades avec un mélange d'atropine et de morphine.

Messieurs, si je suis entièrement d'accord avec mon collègue de Lyon sur le grand avantage de l'anesthésie en oculistique, je m'en sépare complètement pour la deuxième partie de sa proposition. Je trouve qu'il est plus dangereux de courir les chances d'une intoxication, avec des substances aussi difficiles à manier que l'atropine et la morphine, et je n'essayerais pas volontiers ce nouveau mode d'anesthésie.

Je suis d'autant plus porté à ne pas accepter cette manière de voir, qu'à mon avis, le chloroforme bien administré n'est que très peu dangereux. Mais pour cela, il faut bien s'entendre. Contrairement à l'opinion de beaucoup de mes collègues, de M. Le Fort, qui a soutenu son opinion devant l'Académie, de M. Gayet, qui reprend cette thèse dans son article des Archives, je crois que le chloroforme ne tue pas par le cœur, à très peu d'exceptions près, lorsqu'il est donné à doses anesthésiques et non pas à doses toviques. Il tue par les troubles respiratoires; de là le précepte absolu d'éviter les réflexes respiratoires dangereux et de surveiller attentivement la respiration.

J'ai soutenu cette proposition dans la discussion si importante qui eut lieu, il y a quelque temps, devant l'Académie de médecine : j'ai été heureux de voir que mes conclusions avaient été confirmées expérimentalement par M. Vulpian.

Vous nous verrez mettre tous les jours en pratique les préceptes que je vous donne en ce moment : je ne cesserai de dire à mes aides de surveiller continuellement la respiration et de ne porter leur attention sur le pouls que de temps en temps, ou si l'état du cœur et des vaisseaux donne des craintes plus directes. Il ne faut pas croire que cette surveillance de la respiration soit plus facile et mérite moins d'attention : je crois, au contraire, qu'elle est plus difficile et qu'il ne faut pas avoir une seule minute d'oubli. En effet, on ne doit pas se contenter de découvrir l'épigastre des malades et de suivre les mouvements plus ou moins réguliers des côtes et du diaphragme. Vous verrez des malades qui ont les mouvements alternatifs de dépression épigastrique normaux ou même exagérés, et cependant ils sont asphyxiques, pas un atome d'air ne pénètre dans leur poumon. C'est que l'obstacle est

presque toujours au larynx, soit qu'il y ait un spasme momentané de la glotte, soit bien plutôt que la base de la langue vienne boucher l'orifice supérieur des voies respiratoires. Voilà le véritable danger : pour l'éviter, vous devrez continuellement entendre le bruit régulier de l'air passant dans les voies respiratoires supérieures, c'est par cette espèce d'auscultation laryngée et par l'examen du facies des malades que vous éviterez plus sûrement les accidents.

Mais, si les dangers du chloroforme ne doivent pas nous arrêter et empêcher l'anesthésie générale, n'y a-t-il pas d'autres inconvénients à l'employer en chirurgie oculaire ? Les vomissements, qui suivent trop souvent l'administration du chloroforme, ne sont-ils pas dangereux pour le résultat de l'opération ? Il est évident que, lorsqu'un individu a échappé aux conséquences de l'anesthésie, il peut être encore exposé à des vomissements, quelquefois même incoercibles, et contre lesquels le chirurgien est à peu près désarmé. Je veux bien que la pureté du chloroforme y soit pour quelque chose, mais il y a aussi des prédispositions individuelles, et, comme dans l'ivresse du vin, la tendance aux vomissements est très variable suivant les sujets. A mon avis, les vomissements ne sont pas une chose aussi dangereuse, et bien souvent j'ai constaté leur immunité après les opérations les plus délicates. Dernièrement encore, une de mes opérées de cataracte fut prise, à la suite d'une injection hypodermique de morphine, de vomissements incoercibles pendant plus de 24 heures. Malgré cela, les suites de l'opération, qui avait été faite par la méthode à larges lambeaux, sans iridectomie, furent des plus simples ; il n'y eut aucune tendance au prolapsus irien.

Vous le voyez, messieurs, je suis partisan du chloroforme et je ne redoute en aucune façon son emploi, tout en étant très rigoureux sur les précautions à prendre pendant son administration. Il faut cependant savoir se passer de cet auxiliaire précieux en acquérant de l'expérience et une plus grande sûreté de main. Pour une foule de raisons, qu'il serait trop long de vous énumérer, il vaut mieux, il est même nécessaire quelquefois de ne pas se servir du chloroforme, mais pour cela il faut être absolument sûr de soi-même et opérer rapidement. A ceux qui m'écoutent je dirai : « Aidez-vous du chloroforme pour votre première opération de cataracte; plus tard, vous saurez vous en passer. »

Il faut donc être éclectique dans l'emploi de l'anesthésie générale, mais il y a des circonstances où elle est absolument nécessaire; nous allons les passer en revue.

C'est d'abord chez les individus pusillanimes et nerveux qui font des mouvements désordonnés, qui serrent brusquement les paupières au moindre contact des instruments. Un bon moyen que j'emploie en ville consiste à placer d'abord le blépharostat pour tâter la sensibilité du patient. Si cette petite manœuvre est difficilement supportée, si le malade serre énergiquement les paupières et fronce les sourcils, j'arrête l'opération et je donne du chloroforme. En second lieu, il faut, jusqu'à un certain point, tenir compte de la demande du malade.

Chez les enfants, il ne faut faire aucune opération sans chloroforme, pas même la strabotomie. Enfin, dans le cas de certaines cataractes compliquées, adhérentes, traumatiques, pour l'extraction de corps étrangers profondément implantés dans le globe, dans tous les cas où il faut pénétrer dans le vitreum, et où le moindre mouvement donnerait lieu à une perte considérable de l'humeur vitrée, le chloroforme est nécessaire.

Mais, depuis très peu de temps, depuis quelques jours à peine, la chirurgie oculaire vient d'acquérir un aide précieux, par l'emploi de l'anesthésie locale, qui diminue beaucoup la fréquence des indications du chloroforme. Vous savez que l'anesthésie locale est très employée dans la chirurgie générale, et particulièrement dans la chirurgie des extrémités. Grâce

à l'éther, à la glace, au chlorure de méthyle et à d'autres agents encore, on peut faire une foule de petites opérations en anesthésiant la partie à opérer. Ces moyens n'étaient pas applicables pour l'œil : ce qu'il fallait, c'était l'emploi d'un collyre ou d'un topique quelconque qui ne fût ni très douloureux, ni irritant pour la muqueuse de l'œil. Ce moyen semble avoir été trouvé, et les solutions de chlorhydrate de cocaïne de 1 à 10 p. 100 paraissent avoir des propriétés anesthésiques sur les parties superficielles de l'œil, sans irriter outre mesure la conjonctive oculaire ou palpébrale. Koller et Kœnigstein, à Vienne, ont étudié les effets physiologiques de ce nouvel agent ; ils ont vu que, lorsqu'on instille quelques gouttes du collyre à la cocaïne, on ressent d'abord une légère douleur, puis, au bout d'une à deux minutes, l'œil peut s'ouvrir largement, l'ouverture palpébrale paraît plus grande que du côté opposé, la pupille un peu dilatée, la cornée et la conjonctive sont complètement insensibles. La cocaïne a été employée comme analgésique dans certaines maladies des yeux, comme anesthésique dans quelques opérations.

Dès que ce procédé a été connu, nous avons tenu à l'essayer immédiatement sur les animaux, et notre chef de laboratoire, M. Vassaux, a institué une série d'expériences qui nous ont confirmé le pouvoir analgésique de la cocaïne.

Chez l'homme, avec une solution de 5 p. 100, et en faisant, suivant le conseil de Koller, une demi-heure avant l'opération, des instillations de cinq en cinq minutes, nous avons obtenu de très bons effets. Nous aurions quelques objections à faire sur l'anesthésie des paupières et des voies lacrymales, mais, somme toute, ce moyen est à l'étude, nous allons l'employer tout à l'heure. Nous aurons à étudier quel est le meilleur mode d'emploi, le titre de la solution, enfin la durée et le degré de l'anesthésie.

Je souhaite bien vivement que nous puissions réussir dans cette voie, et je suis heureux de rendre hommage aux chirurgiens qui nous ont dotés d'un moyen si utile.

De la cocaïne

La thérapeutique vient de faire une nouvelle et précieuse acquisition. Il y a à peine deux mois que Koller faisait sa communication au congrès des oculistes allemands à Heidelberg et déjà de toutes parts les observations abondent.

La cocaïne n'est cependant pas un corps de découverte récente. Isolée par Niemann, de Vienne, en 1859, elle a été surtout étudiée par Wœhler, Lassen et Humann. Sa formule atomique est C^{17} H^{21} Az 0_4. Un kilogramme de feuilles de coca fournit environ deux grammes d'alcaloïde. La cocaïne a des propriétés fortement basiques, mais ses sels, sauf le chlorhydrate, cristallisent difficilement. Incolore et sans odeur, d'une saveur légèrement amère, et d'une réaction fortement alcaline, elle cristallise en prismes à 4 ou 6 pans appartenant au type clinorhombique. Sa solubilité est faible dans l'eau, plus grande dans l'alcool et très grande dans l'éther. Elle fond à 98°.

Les alcalis caustiques, le carbonate de soude, le carbonate d'ammoniaque, le protochlorure d'étain, le bichlorure de mercure, le bichlorure de platine précipitent les solutions de sels de cocaïne. L'ammoniaque donne un précipité soluble dens un excès de réactif. Chauffée à 100° dans un tube scellé avec de l'acide chlorhydrique, la cocaïne se dédouble en acide benzoïque et en une base nouvelle appelée par Wœhler, ecgonine. Il se forme aussi de l'alcool méthylique.

Le chlorhydrate de cocaïne qui est à peu près exclusivement employé par les expérimentateurs, cristallise en prismes à 4 pans tronqués par une face terminale.

Enfin on a retiré des feuilles un autre alcaloïde liquide, volatil, soluble dans l'alcool amylique, appelé l'hygrine.

L'action physiologique de la cocaïne est comparée par la plupart des auteurs à celle de l'atropine, mais aucun ne manque d'ajouter que la cocaïne ne dilate pas la pupille, ce qui est contraire au résultat des dernières recherches. Du reste, c'est sur la feuille de coca principalement qu'ont porté les recherches des physiologistes. Les propriétés de la coca sont aujourd'hui bien connues. On sait qu'elle est le type des agents dynamophores,

pour lesquels Gübler crut devoir inventer sa théorie des fulminates — qui a fait tant de bruit. Mais, tandis que Gazeau trouve une augmentation de l'urée éliminée, Bartholow affirme que la coca abaisse le taux de l'urée. C'est là un fait qui appelle de nouvelles expériences. On sait aussi que la coca anesthésie la muqueuse linguale, qu'à petites doses elle augmente l'excitabilité des nerfs de sensibilité, qu'à hautes doses elle les paralyse (Ott); qu'elle affaiblit le pouvoir de coordination volontaire ; qu'elle excite, puis paralyse les centres respiratoires ; qu'à fortes doses, elle paralyse le cœur, produit de l'excitation cérébrale, des hallucinations ; enfin qu'elle est aphrodisiaque.

Voici maintenant ce qu'on ne savait pas et ce que le docteur Koller, de Vienne, a fait connaître, d'abord au congrès d'Heidelberg, puis à la société des médecins de Vienne, dans la séance du 17 octobre 1884. Expérimentant sur des animaux dans le laboratoire de Strieker, cet auteur a constaté que l'instillation dans l'œil de 2 à 3 gouttes d'une solution aqueuse de chlorhydrate de cocaïne à 2 p. 100, détermine l'anesthésie complète de la cornée et de la conjonctive. On peut gratter, piquer, électriser, cautériser la cornée saine ou enflammée, sans produire de douleur ni d'action réflexe. Chez l'homme, il en est de même et l'anesthésie dure de 7 à 10 minutes. En même temps, il y a un élargissement de l'ouverture palpébrale que l'auteur attribue à l'absence complète d'excitations portant sur la cornée et la conjonctive.

En outre, la conjonctive bulbaire et palpébrale se trouve fortement ischémiée. Le docteur Kœnigstein qui s'est aussi occupé de la question, a même observé sur des grenouilles curarisées, une ischémie des intestins et du foie.

Dix à quinze minutes après l'instillation, on constate un léger degré de mydriasé, qui va en augmentant sans jamais atteindre la limite extrême. Ce phénomène s'accompagne d'une légère parésie de l'accommodation. Le punctum proximum se trouve ainsi éloigné d'environ deux centimètres. Au bout de 2 heures la pupille commence à se contracter et au bout de 6 heures elle est revenue à l'état normal.

Kœnigstein a aussi observé une protrusion du globe oculaire, comme dans la maladie de Basedow. Les paupières se ferment plus difficilement. Il existe une diminution de la pression intra-oculaire. Si l'on instille une solution à 10 p. 100, on produit alors une sensation de vive brûlure. L'action est plus intense encore si l'on applique de la cocaïne en nature. On peut alors obtenir de l'anesthésie de la surface cutanée des paupières.

Grâce à ces propriétés, on a pu employer la cocaïne avec un avantage marqué dans une foule d'opérations telles que : ablation de corps étrangers, abrasion de granulations, iridectomies, cataractes et dans nombre d'affections oculaires douloureuses comme les conjonctivites, les kératites phlycténulaires, ulcéreuses, les cyclites, les brûlures de la cornée ou de la conjonctive. Kœnigstein a même constaté son efficacité dans un cas de zona oculaire, ce qui le porte à croire que son action se trouve localisée sur le ganglion ciliaire, au point de rencontre du trijumeau et du sympathique.

Mais l'œil n'est pas seul à bénéficier des vertus de la cocaïne. Le docteur Jelinek préconise la cocaïne comme anesthésique du larynx et du pharynx. Grâce à elle, on évite ces mouvements réflexes qui apportent un si grand obstacle à l'examen et aux opérations qu'on pratique sur le larynx, et auxquels Türk essayait de remédier par des badigeonnages morphinés. Dans les laryngites tuberculeuses, on soulage grandement les malades en badigeonnant les deux faces de l'épiglotte avec une solution de chlorydrate de cocaïne. Elle diminue la sécrétion et le gonflement. La laryngite aiguë même bénéficie de ce médicament. David DININ.

BIBLIOTHÈQUE

PATHOLOGIE DES OVAIRES. — LEÇONS CLINIQUES SUR LA MENSTRUATION ET SES TROUBLES, par M. le docteur T. GALLARD, médecin de l'Hôtel-Dieu, recueillies par M. le docteur André PETIT, chef de clinique médicale à la Faculté. — Paris, J-B. Baillière ; 1885.

Le présent volume n'est que la première partie d'un travail complet sur les maladies des ovaires ; il est consacré à l'anatomie et à la physiologie de ces organes, à la menstruation et à ses troubles.

Le premier chapitre contient, sur l'influence pathogénique de l'ovaire, des considérations que les adversaires de l'égalité de l'homme et de la femme, et ceux de l'internat des femmes en particulier, ne manqueront pas d'invoquer. Ce passage est d'ailleurs écrit avec un tel sentiment de réserve et de respect pour la femme, que celles-là même qu'il combat ne pourront nous savoir mauvais gré de le reproduire.

« Vous ne devez jamais oublier, dit M. Gallard, que, si l'ensemble de l'organisation de

la femme est essentiellement dominé par son système génital, ce dernier est dominé lui-même par l'ovaire, organe absolument prépondérant, qui tient tous les autres sous sa dépendance et dont la parfaite intégrité est indispensable pour assurer le bon fonctionnement de tout le système.

C'est bien là véritablement le centre d'où émergent et vers lequel aboutissent toutes les sensations et dont les plus légères modifications retentissent profondément sur tout le reste de l'organisme. Or, ces modifications sont fréquentes et manifestes ; elles se reproduisent périodiquement tous les mois par suite du travail physiologique de l'ovulation qui, au moment de la ponte spontanée, ébranle tellement la santé de la femme que, si elle n'est pas encore une *blessée*, comme le disait Michelet, elle peut bien être considérée comme une *malade*, ou tout au moins comme une *valétudinaire*. Cet état, qui dure cinq ou six jours sur 30 (au moins un sixième de la vie), qui est plus sérieux encore pendant toute la durée de la gestation et surtout après l'accouchement, se reproduit au même titre, quoique à un moindre degré, lorsque l'ovaire est impressionné par une influence quelconque, pathologique eu simplement passionnelle, suffisante pour attirer vers lui, en même temps ou séparément, l'influx nerveux et l'afflux sanguin.

Ces sensations, auxquelles nulle femme n'échappe et qui l'impressionnent d'autant plus vivement qu'elle est plus chaste et plus réservée, sont la véritable cause de toutes les irrégularités qui constituent le fond de son caractère. La rapidité avec laquelle elles peuvent se succéder nous explique pourquoi ce caractère, qui est si impressionnable, est en même temps si mobile, pourquoi chez la femme le sentiment l'emporte toujours sur le raisonnement. C'est là ce qui la distingue essentiellement de l'homme et ce qui fait, malgré les revendications bruyantes soulevées à ce sujet, que, si elle peut être considérée comme ayant les mêmes droits, il ne lui sera jamais possible de remplir les mêmes devoirs.

De cette différence si manifeste, qui ressort de l'organisation même de l'homme et de la femme, je me garderai bien de conclure à l'infériorité de cette dernière. Tout ce qu'on peut dire, c'est que son rôle dans la société n'est pas et ne pourra jamais être le même que celui de l'homme. Je ne parle pas seulement de la gracilité de ses formes et de sa faiblesse relative, qui la font exclure des rudes travaux corporels, mais j'ai surtout en vue, en ce moment, cette impressionnabilité nerveuse, ayant le plus souvent un caractère maladif, qui rend la femme absolument impropre à l'administration des affaires, pour lesquelles il faut, outre l'intelligence, qui ne lui manque pas, du raisonnement, de la suite, de la fermeté, et surtout de la maturité dans les idées, toutes qualités qui ne sont pas compatibles avec ces mouvements d'enthousiasme ou de répulsion, ces sympathies et ces antipathies, aussi vives que fugaces, dont la femme la mieux douée est presque toujours incapable de se défendre.

Elle doit donc renoncer à une action directe sur les affaires publiques, tout en sachant comprendre combien elle peut et doit en exercer, indirectement, une bien plus grande que celle qu'elle pourrait jamais légalement obtenir, et cela par l'influence que lui donne sa double qualité d'épouse et de mère. Cette influence, tout en ne paraissant pas dépasser les limites du foyer domestique, peut rayonner bien au delà, lorsqu'elle est mise au service d'une intelligence élevée ; elle doit avoir surtout pour point de départ l'éducation des enfants, dont il appartient à une mère instruite et dévouée de savoir faire des hommes. Cela ne vaut-il pas mieux pour elle que de songer à prendre leur place ?

Que la femme sache donc garder la sienne, au sein de la famille, où elle est entourée de l'affection et de l'amour dont elle a tant besoin ; près de ce foyer domestique où elle règne en souveraine et dont sa santé, si facile à ébranler, ne lui permet pas de s'éloigner. Là elle pourra s'abandonner sans crainte à toutes ses sensations, et celles dont la bizarrerie ne manquerait pas de la compromettre, si elle s'était égarée dans un autre milieu, lui seront toujours pardonnées. »

Assurément ces pensées ont été exprimées bien des fois depuis un an, dans la presse médicale, mais je ne crois pas qu'elles l'aient été mieux que par M. Gallard.

Nous ne pouvons plus, après nous être arrêté si longtemps sur ce point, que passer rapidement sur les autres, et indiquer en quelques mots le contenu du livre, résumé des opinions de l'auteur sur la menstruation, l'origine utérine du sang des règles, ses rapports avec l'ovulation, sa périodicité et les causes qui peuvent la modifier, sa durée, sa cessation, les rapports de l'ovulation avec la fécondation, les périodes génésique et agénésique, les causes des grossesses tardives, la possibilité de l'ovulation et de la fécondation sans apparition des règles, les diverses causes et conséquences de l'aménorrhée, les règles blanches, la leucorrhée, leur signification diagnostique et leur traitement, les règles supplémentaires, déviées ou métrorrhagiques ; enfin la dysménorrhée avec ses

deux formes, inflammatoire et mécanique, la dysménorrhée membraneuse n'étant que l'exagération de la mue épithéliale physiologique.

Nous prions nos lecteurs, et surtout M. Gallard, de nous pardonner la brièveté de ce compte rendu dépourvu d'éloges et de critiques. En agissant ainsi, nous avons voulu épargner aux éditeurs, s'il leur prenait la fantaisie d'utiliser notre prose pour en faire une annonce, la peine d'en retrancher les critiques, comme cela est arrivé pour notre compte rendu du *Traité des fractures et luxations* de Hamilton, qui, grâce à ce procédé, est devenu un livre à peu près parfait. Telle n'est pas cependant mon opinion, comme on pourra s'en assurer en parcourant le numéro de l'*Union médicale* du 19 janvier dernier.

L.-H. Petit.

CORRESPONDANCE

La lettre suivante a été adressée à la *Tribune médicale* :

« Monsieur le rédacteur en chef.

« Permettez-moi de répondre à une lettre publiée dans le numéro du 23 novembre de la *Tribune médicale*, puisque cette lettre me vise directement.

« Je prépare, en effet, de *l'acide orthoxyphénylsulfureux* ou *aseptol*, que moi et des collaborateurs avons introduit dans la pratique médicale courante en 1883. Il a même été publié par nous (octobre 1883) une brochure constituant une étude complète sur l'acide orthoxyphénylsulfureux ou aseptol au point de vue *chimique, physiologique et thérapeutique*.

« A la suite de notre publication, différents journaux en ont spontanément publié des extraits, entre autres le *Journal de pharmacie d'Anvers*, février 1884 ; le *Répertoire de pharmacie de Paris*, juin 1884 ; le *Journal de pharmacie et de chimie*, juillet 1884, etc. Enfin des praticiens distingués et dont l'autorité est indiscutable, les docteurs Leroy, Van den Schrieck, Janssens, Wangermée, Caeymaex, etc., publiaient déjà, en février 1884, des observations très intéressantes concernant les applications thérapeutiques de l'aseptol et les résultats de son emploi.

« La question de priorité en notre faveur est donc bien établie, puisque c'est seulement en juillet 1884 qu'il a été présenté d'autre part à la Société de biologie un travail sur l'acide orthoxyphénylsulfureux au point de vue purement physiologique.

« Et nous avions donné à l'acide orthoxyphénylsulfureux la dénomination pratique d'*aseptol* (de *a* privatif et *septon*, pourriture) — ce qui indique bien ses propriétés — plus d'un an avant que d'autres n'eussent l'idée de trouver un nom différent.

« L'aseptol a été employé tout d'abord en Belgique, c'est vrai ; mais ce n'est pas la première fois qu'on aura vu une invention ou découverte toute française obtenir d'abord sa sanction à l'étranger. Par contre, nous voyons en ce moment un produit allemand (véritable remède secret) obtenir ici un réel succès, et donner lieu à de longues et savantes observations cliniques, alors que *personne* n'en connaît ni la composition, ni la formule, ni le mode de préparation !

« Evidemment l'aseptol est connu depuis longtemps dans le domaine de la chimie pure ; mais les premiers nous en avons fait connaître les précieuses propriétés et les vastes applications.

« Ces simples explications, *avec toutes preuves à l'appui*, nous dispenseront d'insister davantage.

« Il est toutefois un point sur lequel nous sommes d'accord avec notre contradicteur, c'est qu'en effet les propriétés *antiseptiques, antifermentescibles* et *antiputrides* de l'acide orthoxyphénylsulfureux ou aseptol sont indéniables.

« Nous le savions, et précisément l'avions démontré longtemps avant qu'il n'en fût question à la Société de biologie.

« Quant à la valeur de notre produit (l'aseptol), nous serons toujours à la disposition des médecins qui, ne l'ayant pas encore employé, voudront en faire l'essai.

« Veuillez agréer, etc.

« E. Gautrelet. »

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 décembre 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

Sommaire : Rapport sur une observation intitulée : *Récidive d'une tumeur fibro-kystique deuxième ovariotomie; guérison.* — Note sur l'adénite chancreuse. — Observation d'épilepsie spinale, avec trépidation épileptoïde du membre supérieur droit, consécutive à un traumatisme: élongation des branches terminales du plexus brachial à la sortie de l'aisselle; disparition complète de la trépidation épileptoïde. — Note sur la présence de l'albumine dans les urines avant et après l'administration du chloroforme.

M. Terrier fait un rapport sur une observation de M. le docteur Villeneuve (de Marseille), intitulée *Récidive d'une tumeur fibro-kystique; deuxième ovariotomie; guérison.*

Il s'agit d'une femme opérée une première fois, en septembre 1879, d'une tumeur kystique de l'utérus, d'après M. Villeneuve, d'un kyste de l'ovaire, d'après M. Terrier, et chez laquelle, deux ans après l'opération, on constata l'existence d'une tumeur fluctuante remplissant les culs-de-sac antérieur et droit. Longtemps stationnaire, cette tumeur se mit à grossir rapidement en mars 1883, amenant l'amaigrissement, des troubles gastriques, des vomissements répétés.

Au mois de mai, le ventre, développé dans la région hypogastrique, mesure 116 centimètres de circonférence; on y constate une tumeur dure, mate à la percussion et assez mobile. A droite existe une poche fluctuante qui, ponctionnée, donne issue à 200 grammes de liquide citrin.

Par le toucher, on reconnaît que la tumeur est intimement liée au col utérin, et que l'utérus est tellement entraîné en avant et en haut qu'il est impossible d'atteindre les culs-de-sac.

Le 17 mai, M. Villeneuve pratique une nouvelle opération : incision sur l'ancienne cicatrice permettant d'arriver sur la tumeur recouverte par l'épiploon adhérent légèrement, qu'on décolle et qu'on écarte du champ opératoire; — ponction donnant issue à un litre de sérosité rouge et par laquelle la main pénètre dans un tissu aréolaire, fibrineux, lâche, baigné de liquide et qu'il est facile de relever par lambeaux. Chaque fois que l'on opère avec la main la rupture d'une nouvelle série de ces cloisons, un flot de liquide s'échappe et l'on peut recueillir ainsi dix litres de liquide.

La poche vidée peu à peu, on constate que son fond adhère au plancher pelvien; ses parois sont bourrées de masses dures, ovoïdes. Le chirurgien les fend à droite et à gauche de manière à former deux lambeaux; chacun de ces lambeaux est divisé à son tour, le premier en deux et le second en trois.

On obtient ainsi cinq pédicules, dont quatre sont saisis et amenés au dehors. Leur réunion forme une surface large comme les deux mains, circonscrivant une gouttière qui conduit dans la profondeur du bassin. Cette surface ayant l'aspect d'un fibrome utérin sectionné saigne et doit être badigeonnée avec du perchlorure de fer. Les parties excisées forment une masse de 5 kilogrammes et sont constituées par du fibro-myome. La masse polykystique était entourée par une lame résistante d'aspect utérin, et offrant en bas, surtout du côté du bassin, des masses dures, fibreuses, analogues à des myomes, masses au milieu desquelles il fut impossible de reconnaître nettement l'utérus, mais qui, en fait, étaient péri-utérines.

M. le rapporteur pense qu'il s'agit là de tumeurs entourant l'utérus et laissées dans le ventre, dans la première opération, et offrant des connexions avec les néoformations kystiques.

La plaie abdominale, remplie presque entièrement par le pédicule, fut fermée par trois points de suture dont un seul profond. Un drain fut placé au-dessus du pédicule, un autre au centre de celui-ci, c'est-à-dire au milieu des quatre pédicules secondaires. Pansement de Lister.

Les suites de l'opération furent d'abord peu favorables; mais, à partir du sixième jour, la malade alla de mieux en mieux; le 5 juillet, la plaie n'était pas encore cicatrisée, mais l'état général était bon et la malade pouvait se promener plusieurs heures par jour.

A droite de la cicatrice existait une large éventration donnant issue aux viscères abdominaux et formant une tumeur réductible du volume des deux poings.

Le vagin est toujours allongé, le col est petit et mobile, et, autant que l'on en peut

juger, l'utérus n'est pas fixé par des adhérences, ce qui prouve, d'après M. Terrier, que la tumeur n'était pas utérine.

Si, dans sa première opération, M. Villeneuve s'est trouvé en présence d'un kyste multiloculaire de l'ovaire gauche, dans cette seconde opération, il dut pratiquer l'ablation d'un kyste multiloculaire de l'ovaire droit, dont le développement avait été signalé deux ans après la première opération.

Mais ces productions kystiques adhéraient intimement aux néoformations péri-utérines dont l'existence avait été notée dans la première opération. De plus, ces néoformations fibreuses avaient très certainement augmenté de volume. En présence de ces adhérences, après avoir vidé les nombreuses loges kystiques, à l'aide de la main déchirant les parois de ces loges, M. Villeneuve s'est efforcé de pédiculiser tant bien que mal cette coque fibro-kystique et de l'amener au dehors en la laissant ouverte.

Le résultat fut excellent, les parois fibro-kystiques s'éliminèrent en partie, et la poche se combla peu à peu par bourgeonnement.

La malade guérit avec une éventration, il est vrai, mais il faut se rappeler qu'elle a subi, à quelques années de distance, deux graves opérations qui ont mis sa vie en grand danger.

— M. Horteloup lit une *note sur l'adénite chancreuse*. L'auteur commence par rappeler que, jusqu'à ce jour, on admettait généralement que le chancre simple peut donner lieu soit à une adénite simple, ou bubon sympathique, soit à une adénite virulente : l'adénite simple fournissant un pus non inoculable, tandis que celui de l'adénite virulente s'inocule en donnant naissance à un véritable chancre mou qui a la propriété de se réinoculer indéfiniment.

Comme il est très important pour le chirurgien de savoir s'il aura à traiter un bubon inflammatoire ou un bubon chancreux, soit pour faire de larges incisions capables d'éviter des clapiers, soit pour employer un pansement modificateur, on a cherché par divers moyens à établir, ou du moins à présumer le diagnostic des deux espèces d'adénite, et l'on a admis que l'adénite chancreuse avait le plus ordinairement une marche et un aspect particuliers, permettant de la faire soupçonner, et que certains chancres paraissaient plus particulièrement y prédisposer par leur siège anatomique.

Mais, dans l'histoire du bubon chancreux, un point est resté obscur. Lorsqu'on pratique, au moment de son ouverture, l'inoculation du pus d'un bubon qui deviendra chancreux, il est très exceptionnel que le résultat soit positif; mais, vingt-quatre, et surtout quarante-huit heures après l'incision ou après l'ouverture spontanée, l'inoculation donne un résultat positif.

Pour expliquer ce fait bizarre, M. Ricord admet, dans l'adénite suppurée consécutive à un chancre simple, deux sortes de pus, l'un superficiel, phlegmoneux, dû à la péri-adénite, l'autre profond, que développe dans le ganglion le transport du virus du chancre par l'intermédiaire des lymphatiques ; la difficulté d'avoir le pus virulent au moment de l'incision serait la cause de l'insuccès de l'inoculation.

Suivant d'autres, le pus virulent serait, pour ainsi dire, noyé au milieu du pus phlegmoneux, et il faudrait attendre l'inoculation de toute la paroi ganglionnaire qui, devenant alors un véritable chancre, produirait du pus virulent.

M. Horteloup pense qu'il se fait dans l'intérieur du ganglion une véritable gangrène qui tue momentanément la virulence, laquelle reparaît après l'élimination des points mortifiés.

Dans un travail récent, M. Straus affirme que le bubon du chancre mou n'est jamais originellement virulent et qu'il ne devient chancreux que par inoculation secondaire après l'ouverture.

Ayant examiné le pus de 42 bubons, il ne lui a pas été possible d'y découvrir aucun microbe, toute virulence, suivant lui, impliquant la présence d'un microbe particulier; les différents essais de culture ont été également infructueux; enfin, les inoculations pratiquées le jour de l'ouverture du bubon, ou deux ou trois jours après, ont toujours été négatives. Si, dans des expériences antérieures, des chirurgiens ont obtenu des résultats positifs, c'est que, d'après M. Straus, ils ne se sont pas mis en garde contre la contamination produite par le transport du pus virulent du chancre à la plaie de l'incision ou de l'inoculation.

M. Horteloup ne doute pas que, d'une façon tout exceptionnelle, ce mode d'inoculation ne puisse se produire; il en cite même un cas très probant qu'il a observé dans son service.

Mais la théorie de M. Straus lui paraît difficile à admettre dans les cas de bubons chancreux survenus chez des individus dont les chancres étaient guéris au moment de l'ouverture du bubon. Le *Traité de l'inoculation* de M. Ricord en renferme sept obser-

vations des plus démonstratives. M. Horteloup en a publié une semblable, en 1880, dans les *Archives de dermatologie et de syphiliographie*.

Un fait tout récent observé dans son service lui paraît infirmer encore la théorie de M. Straus.

Un individu âgé de 28 ans entre à l'hôpital du Midi, le 29 novembre dernier, pour un bubon consécutif à un chancre du pénis.

Le chancre remonte à environ quinze jours; à cette époque, le malade remarqua sur la partie latérale droite du frein une petite bulle qui a crevé et qui a donné naissance à une ulcération; trois jours après se produisait un phimosis.

Le 18 novembre, vive douleur dans l'aine droite, et, le surlendemain, tuméfaction dans la même région.

A l'entrée du malade, on constate un phimosis incomplet, mais ne permettant pas de découvrir le gland jusqu'à la rainure balano-préputiale, une tuméfaction inflammatoire du prépuce, un écoulement sanieux purulent assez abondant et un point douloureux au niveau du frein.

Dans la région inguinale droite existe une tumeur à grand diamètre parallèle à l'arcade de Fallope, de la grosseur d'une mandarine; sur toute l'étendue de la tumeur, la peau est légèrement écailleuse, violacée, très amincie; la fluctuation est totale et donne la sensation classique d'une vessie pleine. Il n'y a pas d'induration périphérique.

Diagnostic : Chancre mou situé au niveau du frein. D'après les caractères classiques du bubon, son début hâtif, sa marche rapide, sa coloration spéciale, l'amincissement de la peau, M. Horteloup pense que le bubon doit être un bubon chancreux.

Le 3 décembre, le gland ayant pu être découvert en entier, on constate la présence d'un chancre mou ayant détruit une partie du frein de bas en haut. Le bubon est ouvert le 29 novembre, le lendemain de l'entrée du malade.

Après avoir pris toutes les précautions antiseptiques, on pratique l'incision du bubon avec un bistouri neuf préalablement trempé dans l'eau phéniquée. Avec le même bistouri, on fait, sur la peau de l'abdomen stérilisée, une inoculation à 3 centimètres de l'ombilic.

La plaie de l'inoculation est recouverte avec un verre de montre.

La plaie inguinale est pressée avec de la charpie trempée dans de l'eau phéniquée, et on applique un pansement avec de l'ouate extraite d'un paquet neuf et exposée au spray pendant plusieurs minutes. Le tout est maintenu par une bande de tarlatane trempée dans de l'eau phéniquée.

Le 1er décembre, le pansement, resté intact depuis son application est défait; l'inoculation de l'avant-veille n'a rien donné; d'autre part, les bords de l'incision du bubon ne sont pas ulcérés.

A 1 centimètre environ de la première incision, on fait une nouvelle inoculation avec un bistouri neuf, en ayant soin de laisser écouler le sang avant de déposer le pus sur la plaie. Un verre de montre, maintenu par du diachylon, est placé sur l'inoculation; de l'ouate intacte et phéniquée recouvre le bubon; le tout est maintenu avec une bande de tarlatane phéniquée.

Le 4 décembre, on renouvelle le pansement; l'inoculation du 1er décembre se présente sous l'aspect d'une vésicule purulente rompue en deux endroits différents, entourée d'un aréole inflammatoire; mais, pour pouvoir affirmer l'authenticité de l'inoculation, on réinocule le pus de cette première inoculation à 5 centimètres en dehors de la précédente, en se servant d'un bistouri, et, après avoir stérilisé la peau, on réinocule enfin, pour la troisième fois, le pus du bubon sur la paroi abdominale, à gauche de l'ombilic.

Les bords de l'incision inguinale sont festonnés, ulcérés et présentent les caractères cliniques du bubon chancreux.

Le 6 décembre, le chancre provenant de l'inoculation du 1er décembre s'est accentué; la réinoculation du pus de ce chancre a donné une vésicule blanchâtre, non rompue, entourée d'une aréole inflammatoire, vésicule typique; enfin la troisième inoculation du pus du bubon a donné un résultat positif.

Le 8 décembre, ces diverses inoculations continuent à suivre une marche régulière, et leurs caractères cliniques ne diffèrent pas de ceux des chancres simples.

M. Horteloup croit donc pouvoir conclure que, chez son malade, le bubon n'est pas devenu chancreux et qu'il l'était avant l'ouverture. L'inoculation a confirmé les prévisions de la clinique.

Il pense que M. Straus a rencontré une série cliniquement heureuse et qu'il s'est un peu trop hâté de nier le bubon chancreux.

Cette complication du chancre simple est assurément moins fréquente que certaines

statistiques le laisseraient supposer, mais malheureusement elle existe, et, en communiquant cette observation, M. Horteloup a voulu réagir contre la tendance de certains chirurgiens à croire trop facilement à la non virulence des bubons consécutifs au chancre simple, et à porter un pronostic bénin que la marche du bubon, même pansé par l'occlusion, pourrait ne pas vérifier.

— M. Terrier lit une *note sur la présence de l'albumine dans les urines avant et après l'administration du chloroforme*. Ces recherches ont été faites par M. Terrier avec la collaboration de M. Patin, pharmacien en chef de l'hôpital Bichat.

Dans une première série, les urines ont été recueillies : 1° après que les malades étaient endormis, mais avant toute intervention chirurgicale ; 2° après l'opération terminée. Il s'agissait la plupart du temps d'opérations d'ovariotomie.

Sur 10 cas, huit fois après l'anesthésie préparatoire, on a constaté l'albumine dans les urines, et dix fois cette albumine a été constatée après l'opération, c'est-à-dire après une anesthésie qui a varié de 30 minutes à une heure un quart.

Dans une deuxième série, les urines ont été recueillies avant l'anesthésie et après l'opération faite sous le chloroforme. Dans la plupart des cas, il n'existait pas d'albumine avant l'anesthésie et l'opération ; dans un cas l'albumine, existant en très petite quantité avant l'anesthésie et l'opération, a été exagérée par elle dans des proportions énormes.

Après l'anesthésie et l'intervention chirurgicale, l'albumine s'est montrée dans les deux tiers des cas. Elle a paru plutôt en rapport avec le fait de l'anesthésie chloroformique qu'avec sa durée. Quelquefois même, la chloroformisation a pu être prolongée pendant 20, 45, 50 et 55 minutes sans que l'on ait constaté la plus petite trace d'albuminurie. Il semble résulter de ces recherches que, dans l'anesthésie par le chloroforme, il existe des conditions pathogéniques de l'albuminurie qui sont encore inconnues, et que l'inhalation chloroformique ne les fait pas naître fatalement.

M. Terrier croit pouvoir rapprocher ces recherches des expériences de M. le professeur Bouchard, d'après lesquelles l'albuminurie pourrait résulter, d'une part de lésions du système nerveux périphérique, la section du sciatique, chez le lapin, par exemple ; d'autre part, des inhalations de chloroforme, même en petite quantité, de manière à ne pas produire l'anesthésie. M. Bouchard a vu, chez le lapin, les inhalations de chloroforme donner lieu à une albuminurie intense, même à l'hématurie.

Mais, si, dans un assez grand nombre de cas, M. Terrier a constaté l'albuminurie d'abord après l'anesthésie, puis après l'anesthésie combinée avec l'opération, dans d'autres cas il n'y a pas eu trace d'albumine dans les urines.

Donc l'anesthésie seule et l'anesthésie combinée à l'opération, excitant fatal des nerfs, ne déterminent pas toujours l'albuminurie chez l'homme. Il faudrait faire intervenir un autre élément : l'asphyxie par le chloroforme, ou plutôt la tendance à l'asphyxie que présentent certains malades pendant l'anesthésie.

M. le docteur Poulet, professeur agrégé au Val-de-Grâce, communique une observation d'épilepsie spinale avec trépidation épileptoïde du membre supérieur droit, consécutive à un traumatisme.

Il s'agit d'un Arabe blessé au Tonkin par une balle qui lui a sectionné le médian et une partie du cubital au pli du coude.

Les trépidations présentent cette singularité qu'elles ont débuté au moment de la blessure.

L'élongation des branches terminales du plexus brachial à la sortie de l'aisselle a amené la disparition complète de la trépidation épileptoïde.

Ce travail est renvoyé à l'examen de la commission déjà nommée pour les autres communications de M. le docteur Poulet. — A. T.

FORMULAIRE

Remède contre la diarrhée des enfants. — Colvis.

Prenez deux cuillerées à bouche de riz, faites-le griller comme du café, en le remuant constamment avec une cuillère. Lorsqu'il a pris une couleur acajou, jetez-le dans un bol, versez dessus la valeur d'un verre d'eau bouillante, laissez infuser, puis macérer jusqu'à refroidissement.

Vingt minutes avant chaque tétée, administrer à l'enfant une cuillerée à entremets de cette infusion de riz grillé, pour faire cesser la diarrhée. — Ce remède très simple a donné à l'auteur de bons résultats, alors que des médicaments plus actifs avaient échoué. — N. G.

TRAITEMENT DE LA GASTRITE. — Leven.

Diminuer la congestion stomacale par des dérivatifs, des applications répétées de vésicatoires, de glace sur la région épigastrique, par des badigeonnages avec la teinture d'iode.

Le sous-nitrate de bismuth, à la dose de 0 gr. 25 à 0 gr. 50, pris avant le repas, produit un effet salutaire. Il en est de même de la craie et du phosphate de chaux. Le sulfate de soude, le bromure, le chlorure et l'iodure de potassium, à la dose de 0 gr. 25 à 0 gr. 50, jouissent d'une certaine efficacité dans le traitement de la gastrite. On peut en dire autant des eaux alcalines, telles que Vichy, Evian, Vals, prises immédiatement avant le repas. — Lorsque l'estomac est dilaté, qu'il se remplit facilement d'eau, et que le malade éprouve beaucoup de peine à vomir, il y a avantage à vider l'estomac avec la pompe ou avec le tube de caoutchouc, pour diminuer la durée des crises douloureuses. L'évacuation terminée, on lave la muqueuse stomacale avec de l'eau légèrement tiédie, qu'on laisse écouler au bout de trois ou quatre minutes. Enfin lorsque deux ou trois séances de lavage n'ont pas produit d'amélioration, il y a lieu d'abandonner ce moyen. — En tout cas, il est indispensable de donner une attention sérieuse au régime alimentaire, pour éviter les rechutes. — N. G.

COURRIER

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le 15 octobre 1884, c'est-à-dire au début de la présente année scolaire, le nombre des étudiants inscrits à la Faculté était de 3,994. On évalue pour cette année, comme la précédente, le nombre des inscriptions nouvelles à 500 ou 550 environ.

Le nombre des étrangers, hommes, inscrits au 1er décembre 1884 était de 538, parmi lesquels 127 Américains, 96 Russes, 61 Roumains, 52 Espagnols, 45 Turcs, 30 Brésiliens, 26 Suisses, 25 Grecs, 22 Anglais.

Le nombre des étudiantes est en remarquable progrès. A l'heure actuelle, il est de 78, alors qu'il n'était que de 45 au 15 octobre 1883 ; 12 autres femmes environ sont actuellement en instance pour obtenir leur inscription. Sur les 78 femmes, actuellement inscrites, il n'y a que 13 Françaises. Les Russes sont au nombre de 47, les Anglaises de 11 et les Américaines de 3.

ASILE NATIONAL DE VINCENNES. — Par arrêté ministériel, M. le docteur A.-M. Bloch vient d'être nommé médecin de l'asile national de Vincennes.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE. — La Société française d'otologie et de laryngologie tiendra sa prochaine séance le vendredi 26 décembre 1884, à huit heures du soir, à la mairie du Ier arrondissement de Paris, place Saint-Germain-l'Auxerrois.

Communications : 1. M. Koch (de Luxembourg) : Sur le laryngotyphus. — 2. M. Garrigou-Desarènes (de Paris) : Blessure du rocher, par coup de feu. — 3. M. Moura (de Paris) : Anastomose directe des deux nerfs laryngés supérieur et inférieur. — 4. M. Baratoux (de Paris) et M. Moure (de Bordeaux) : Sur la cocaïne. — 5. M. Menière (de Paris) : Surdité causée par les oreillons. — 6. M. Boucheron (de Paris) : Contribution à l'otopiésis (compression auriculaire) chez l'adulte. — Troubles auditifs par détonation d'armes à feu. — 7. M. Baratoux : Nécrose du rocher. — 8. Communications diverses.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs

Sommaire

BULLETIN

Académie de médecine, 23 décembre. — Séance d'élections qui nomme M. Schutzenberger dans la section de physique et de chimie, et complète le bureau par l'adjonction de M. Trélat comme vice-président pour l'année 1885. On sait que le président futur est M. Bergeron. Quant au secrétaire annuel, c'est encore M. Proust, maintenu par acclamation, comme l'a été si longtemps son prédécesseur; c'était le cas, ou jamais, de ne pas déroger à une heureuse tradition.

Pressé par le temps, M. Trélat termine une communication à peine commencée dans la dernière séance. Il s'agit des divisions staphyliennes et palatines, de l'âge où il convient de les opérer, de l'éducation phonétique nécessaire avant et après l'intervention. Nous regrettons de ne pouvoir analyser un sujet si intéressant en lui-même et un discours si bien enlevé, malgré le peu d'espace dont disposait l'orateur.

— L'*Union médicale* avait promis à ses lecteurs, en décembre 1883, certaines réformes dans sa rédaction. Une année s'étant écoulée, il n'est pas inutile de repasser le chemin parcouru, et de montrer à ceux qui nous ont soutenus et encouragés que nous ne sommes pas restés inactifs.

Notre premier souci a été de nous entourer de collaborateurs munis de la science et de l'autorité nécessaires pour exposer, sous la forme la plus instructive, les questions médicales à l'ordre du jour. Nous voulions ainsi donner au journal une rédaction indépendante et d'une incontestable valeur; nous voulions suivre le mouvement scientifique et en faire part à nos lecteurs, par ces *articles d'enseignement* que nous avons définis dans les termes suivants : « Loin d'être des résumés sans couleur, à signature banale, ils portent le cachet de leurs auteurs et sont empreints de leur esprit; œuvre de jugement, d'expérience, d'érudition toujours présente et ne se montrant jamais, ils sont utiles à tous et ne peuvent être faits que par des maîtres ». Nous voulions enfin, et nous voulons encore éviter les allures des Revues et des Archives, pour rester un journal qui s'adresse aux praticiens, qui les accompagne dans leur vie active, leur présente les faits dépouillés d'accessoires, leur épargne les lectures fastidieuses. Un journal à périodicité rapide a sa manière propre de vulgariser la science et ne doit pas sortir de son rôle; d'autre part, quand il expose en raccourci les longues recherches des auteurs, quand il formule des résultats, résume des discussions et en montre l'esprit, il a besoin d'inspirer confiance et d'être cru sur parole. La clarté, la précision, l'art de beaucoup dire en peu de mots, toutes les qualités qui pouvaient nous donner crédit auprès des plus sévères, nos lecteurs les ont trouvées dans les articles originaux signés Henri Barth, R. Longuet, Paul Le Gendre, etc.; nous en avons reçu de nombreux témoignages.

Nous ne voulons pas faire un prospectus, ni exposer en détail le programme de chaque numéro, depuis le Bulletin jusqu'aux Variétés, en passant par la Revue des journaux et les Sociétés savantes. Trois points seulement nous arrêteront :

Notre compte rendu de la *Société médicale des hôpitaux* a mérité tous les suffrages, et rivalise avec celui de la *Société de chirurgie*; tous deux sont égaux ou supérieurs à la plupart des comptes rendus officiels.

Nous avons donné une nouvelle extension à la *Bibliographie*, et puisé largement dans les journaux français et étrangers, de manière à ne laisser échapper, autant que possible, aucune nouveauté digne d'intérêt. Nous développerons encore cette partie de notre tâche.

Enfin nous avons publié des *Mémoires originaux*, lus dans les Sociétés ou composés pour nous. Mais nous avons dû, parmi ces derniers, en refuser quelques-uns malgré leur valeur et malgré notre désir d'être accessible à tous. Ici, nous voulons adresser aux auteurs une prière instante. Plusieurs semblent ignorer la difficulté extrême que nous éprouvons à publier de longs articles, et le tort qu'ils se font à eux-mêmes en ne se limitant pas davantage. Nous avons peine à caser les mémoires de longue haleine, et toujours on nous garde rancune de les avoir acceptés. On les déclare ennuyeux sans les avoir lus ; quand ils se coupent en tronçons dans plusieurs numéros, ils font l'effet d'une lacune dans notre publication, et l'auteur a perdu tout le fruit de son travail. Pour captiver l'attention du lecteur, il ne faut pas le conduire à travers le dédale de vos pensées ni l'obliger à refaire tout le chemin que votre esprit a dû parcourir, il faut le mener droit au but et lui montrer les résultats obtenus. Il est peu de travaux, dans la littérature médicale, qu'une plume sévère ne puisse raccourcir de moitié, sans y retrancher un fait ni un argument de valeur. Notre journal déjà si plein s'enrichirait encore, si nos confrères voulaient bien admettre ce conseil, que l'expérience nous autorise à leur donner.

L'*Union médicale* n'a pu se dispenser d'exposer les opinions très diverses qui sont en lutte aujourd'hui sur les questions même les plus anciennes et qui semblaient à jamais résolues. Souvent elle a plaidé le pour et le contre ; elle a, sur ce point, laissé une grande latitude à ses collaborateurs, et, comme nos derniers numéros en sont la preuve, elle a mis en regard les conceptions récentes et fécondes de la physiologie pathologique et le jugement de nos cliniciens les plus autorisés. Nos tendances peuvent se résumer en deux mots : accueillir toutes les opinions sérieuses et scientifiquement exprimées, écouter toujours la tradition, mais d'autre part, seconder les brillants efforts qui en ce moment raniment la pathologie générale, et suivre le mouvement scientifique à la tête duquel sont placés les plus éminents esprits.

Sur les questions de philosophie qui touchent de si près aux doctrines médicales, avons-nous atteint notre but, qui est de faire une œuvre libérale et de ne froisser personne? Il est bien difficile de satisfaire tout le monde, quand chaque année on consacre 2,300 pages à toucher à toutes les questions de science, de pratique médicale et d'intérêts professionnels. Il est possible que des insinuations mal fondées nous aient fait accuser d'être imbus d'un esprit rétrograde ; la vérité, c'est que nous ne voulons obéir à aucune injonction des esprits absolus, quel que soit leur drapeau.

Plus d'une fois, à l'occasion des événements qui se sont déroulés depuis six mois, notre journal s'est occupé de questions administratives ; il l'a fait incidemment ou dans des articles de fond. Il a cherché à le faire avec justice, en évitant les erreurs qui proviennent de renseignements incomplets. A-t-il constamment réussi ? C'est peu probable, et nous aurions mauvaise grâce à soutenir que notre plume ait toujours été impeccable. Mais le rôle que joue dans cet ordre d'idées une feuille surtout consacrée à la médecine et à la chirurgie, est fort délicat et plein d'écueils. L'*Union médicale* n'a aucun système, aucun parti pris d'adulation ou de dénigrement ; n'étant pas subventionnée, elle suit la route qu'elle juge la meilleure, et elle ne peut avoir de guides plus sûrs que les noms respectés qui sont inscrits en tête de ses colonnes. — L.-G. R.

Des altérations de l'ouïe dans le rhumatisme blennorrhagique.

Les altérations de l'ouïe dans le rhumatisme blennorrhagique se rencontrent rarement. Elles n'ont, je crois, jamais été signalées ; c'est ce qui m'a engagé à publier l'observation suivante. Je ne l'ai recueillie qu'au point de vue spécial qui m'occupe ; elle a été publiée *in extenso* par les soins de M. le professeur Fournier dans le service duquel se trouvait le malade.

C'était un homme de 35 ans, d'une bonne constitution, qui, à l'époque de son entrée à l'hôpital (avril 1882) avait eu cinq blennorrhagies, toutes compliquées d'accidents dont voici la nomenclature.

En 1876, première blennorrhagie. Conjonctivite, arthrite du genou et de l'articulation tibio-tarsienne consécutives. Durée 43 jours.

En 1877, deuxième blennorrhagie. Conjonctivite et rhumatisme généralisé. Les articulations temporo-maxillaires et sterno-claviculaires ont été atteintes. Durée 7 mois.

En 1879, troisième blennorrhagie. Conjonctivite, rhumatisme généralisé, céphalalgie intense, bourdonnements. Durée 40 jours.

En 1880, quatrième blennorrhagie. Conjonctivite, rhumatisme généralisé. Céphalalgie intense, bourdonnements. Durée 60 jours.

Après la guérison de la blennorrhagie et du rhumatisme, il ressentit dans l'oreille gauche des douleurs très vives. Elles se terminèrent par un écoulement qui dura quinze jours, pendant lesquels le malade fut très sourd.

L'examen au spéculum, que je pratiquai deux ans, après me donna la presque certitude qu'il avait été atteint d'une otite moyenne aiguë.

La guérison de ce quatrième rhumatisme fut relative ; car depuis, le malade marche difficilement.

En 1882, cinquième blennorrhagie, pour laquelle il entra dans le service de M. le professeur Fournier à l'hôpital Saint-Louis, où je pus étudier les curieux phénomènes que je vais relater.

Cette blennorrhagie, compliquée d'arthrites qui avaient successivement atteint plusieurs articulations, datait du mois d'avril, lorsque le 30 décembre, il fut pris brusquement de maux de tête et de bourdonnements très intenses. Dès qu'un bruit quelconque se produisait dans son voisinage, il ressentait dans les deux oreilles une douleur vive. Instinctivement, il y portait la main et essayait, en les bouchant, d'atténuer l'intensité du bruit, avec laquelle l'acuité de la douleur éprouvée était en rapport direct. Si on lui parlait à voix basse, la douleur était légère, elle augmentait notablement dès qu'on élevait la voix. Un son aigu, tel qu'un coup de sifflet, la rendait intolérable.

Je pratiquai l'examen au spéculum, et le résultat, je dois l'avouer, fut presque négatif.

Dans l'oreille gauche, je constatai une plaque calcaire siégeant sur le segment postérieur de la membrane du tympan. Elle pouvait être due aussi bien à l'otite purulente qui était survenue en 1880, qu'à ses rhumatismes. En effet, si on trouve souvent sur les tympans des malades qui ont été atteints d'otite purulente des plaques calcaires à l'endroit même où siégeait la perforation, il arrive fréquemment aussi de les voir survenir d'emblée, sans lésion locale prémonitoire chez les goutteux et les rhumatisants. Il n'existait aucune autre altération, qu'une légère hyperémie au niveau de la chaîne des osselets.

L'oreille droite était normale. Le tympan n'était pas altéré, on apercevait facilement le triangle lumineux. Au niveau de la chaîne existait la même hyperémie que du côté opposé.

Les choses restèrent dans le même état jusqu'au 15 janvier 1883, c'est-à-dire pendant seize jours. Tant qu'on faisait silence autour de lui, le malade ne souffrait pas ; au moindre bruit, les douleurs reparaissaient d'autant plus vives que le bruit était plus intense. Il se plaignait en même temps de bourdonnements qu'il comparait à un sifflet de chemin de fer. Je dois ajouter que *toutes les douleurs articulaires* avaient disparu, dès que les accidents du côté de l'oreille s'étaient manifestés.

Le 15 janvier, tous ces phénomènes morbides disparurent aussi brusquement qu'ils étaient survenus, mais le lendemain les deux articulations tibio-tarsiennes étaient le siège d'un gonflement manifeste, et le moindre mouvement provoquait une vive douleur.

Le 23. — Le gonflement et la douleur disparaissaient, et le soir même, il ressentait dans les oreilles les mêmes phénomènes qu'auparavant : « Dès qu'on me parle un peu fort, disait le malade, je ressens dans les oreilles une douleur analogue à celle que je provoque dans mes articulations malades, lorsque je leur imprime un mouvement. »

Un autre phénomène faisait en même temps son apparition; le malade, qui jusque-là avait bien entendu, malgré la douleur qui lui causait le bruit produit par la voix articulée, ne distinguait plus qu'un bruit confus, dès que plusieurs personnes lui parlaient à la fois.

Le 26. — Les oreilles redevenaient normales, les articulations tibio-tarsiennes étaient de nouveau gonflées et douloureuses.

La maladie suivit cette même marche pendant de longs mois, ainsi qu'on peut le voir par le tableau ci-dessous, qui n'est que la copie exacte des notes que je prenais tous les jours.

Le 29. — Les pieds vont mieux, l'oreille droite est reprise.

Le 31. — L'oreille est guérie, les pieds sont douloureux.

Le 2 février. — L'oreille gauche est atteinte. Les pieds vont mieux.

Le 5. — Amélioration notable. Les bourdonnements ont disparu. Je me demandai, ce jour-là, si ces altérations passagères de l'ouïe ne tenaient pas à une arthrite des articulations de la chaîne des osselets. Je fis pénétrer de l'air dans les caisses par le procédé de Valsalva, et, dès que la chaîne des osselets entra en mouvement, les douleurs et les bourdonnements reparurent. A partir de ce moment, mon diagnostic était fait, et à la fin de cette observation j'expliquerai par quel raisonnement j'y pus parvenir.

Le 9. — L'oreille droite est reprise. L'acuité auditive a diminué. La montre n'est entendue qu'à quatre centimètres. Le malade se plaint de bourdonnements violents et de douleurs très vives, qui sont calmées par des bains d'oreilles prolongées (décoction tiède de têtes de pavots). Les douleurs cessent dans le silence absolu, elles reparaissent, ainsi que les bourdonnements, quand le malade se mouche. En se mouchant, il fait pénétrer de l'air dans ses caisses par les trompes d'Eustache et imprime ainsi des mouvements à ses chaînes. Un son très aigu, poussé près de lui, rend les douleurs intolérables. Les pieds vont mieux. L'examen au spéculum ne montre aucune autre lésion que l'hyperémie déjà constatée. Il ne ressent rien à gauche.

Le 12. — L'oreille va bien. Les pieds sont douloureux et gonflés.

Le 16. — Les deux oreilles sont reprises. Ce jour-là, il accuse un nouveau symptôme bien curieux. Pour entendre, il est obligé de boucher une oreille. Dès que ses deux oreilles sont libres, il n'entend plus qu'un bruit confus, et il lui est impossible de distinguer un son articulé. Les bourdonnements sont intenses. Les pieds vont mieux.

Le 25. — Les oreilles et les pieds sont dans un état satisfaisant, mais les apophyses épineuses cervicales sont très douloureuses à la pression. Cet état reste stationnaire jusqu'au 9 mars.

Ce jour-là, les mêmes phénomènes que précédemment reparaissent à l'oreille gauche.

Le 11. — L'oreille droite se prend à son tour; la gauche est dans le même état.

Le 15. — La situation est la même; des pointes de feu sont appliquées sur les apophyses mastoïdes.

Le 17. — Les oreilles sont guéries. Les pieds sont douloureux.

Le 22. — Oreilles reprises. Les pieds vont bien.

Le 25. — Oreilles normales. Il entend bien; il n'a ni bourdonnements ni douleurs. Les pieds sont repris.

Le 1er avril. — Les pieds vont bien. L'oreille gauche est reprise. Le malade raconte qu'il a commencé par avoir des bourdonnements, et que, deux heures plus tard, la douleur a paru « après avoir fait un mouvement de déglutition pour avaler sa salive ». Il est très sourd.

Le 3. — Nouvelles pointes de feu sur l'apophyse mastoïde; soulagement notable pendant vingt-quatre heures.

Le 11. — Aucune amélioration à gauche. L'oreille droite se prend.

Le 17. — Oreilles guéries. Articulations tibio-tarsiennes douloureuses; mouvements impossibles.

Le 2 mai. Pieds guéris. Oreilles reprises.

Le 10. — Oreilles guéries. Pieds repris.

Le 21. — Pieds guéris. Oreilles reprises. Le malade me dit que les phénomènes morbides observés du côté de l'oreille diminuent d'intensité. Depuis quelque temps, ses bourdonnements sont moins intenses, et ses douleurs moins vives au moment des attaques.

Le 28. — Les oreilles vont bien. Les pieds sont repris.

Le 1er juin. — Même état; le malade a souffert pendant quelques heures de l'oreille gauche. L'état des articulations tibio-tarsiennes n'a pas été modifié pendant ces quelques heures.

Le 9. — Les oreilles sont reprises, mais les pieds sont toujours dans le même état.

Le 13. — Oreilles guéries. Les articulations tibio-tarsiennes sont plus gonflées et plus douloureuses.

Le 18. — Le malade est sorti pour un jour de l'hôpital; il a fait quelques excès alcooliques. On lui passait depuis quelques jours des sondes dans le canal pour en rétablir le calibre. Sous ces influences, l'écoulement uréthral a reparu.

Le 23. — Les articulations temporo-maxillaires sont atteintes, ainsi que le genou droit; les pieds sont gonflés; les oreilles, reprises. Conjonctivite légère.

Le 1er juillet. — Le malade est très sourd; le genou gauche est très gonflé et très douloureux; même état pour les autres articulations affectées.

Le 17. — Pendant la nuit, les oreilles se sont beaucoup améliorées; toutes les articulations de la colonne vertébrale sont douloureuses à la pression.

Le 23. — Oreilles reprises.

Le 30. — Aggravation du côté des oreilles. Les autres articulations sont notablement améliorées.

Jusqu'au 20 août, l'état est le même. A cette date, le malade est sensiblement mieux, tant du côté des oreilles que du côté des articulations.

Du 1er septembre au 8 octobre, je quittai Paris et ne pus voir le malade. A mon retour, il m'apprit que, depuis mon départ, il avait eu quatre attaques du côté des oreilles pendant lesquelles ses douleurs articulaires avaient disparu. Le 8 octobre, les oreilles allaient bien, mais les genoux et les pieds étaient pris.

Le 12 octobre. — Oreilles reprises. Les articulations atteintes vont mieux.

Le 22. — Le malade entend bien; ses oreilles ne sont pas douloureuses; il peut marcher, mais difficilement. Aucune douleur.

Le 3 novembre. — Oreilles reprises.

Le 11. — Oreilles guéries; pieds repris.

Le 15. — Oreilles reprises; pieds guéris.

Le 19. — Oreilles très améliorées, mais la marche est impossible.

Cet état dura, avec des alternatives, jusqu'en avril 1884; lorsque les oreilles devenaient douloureuses et qu'il était sourd, la marche était possible. Elle ne l'était plus, dès que les oreilles redevenaient normales. A cette époque, le malade, se sentant mieux comme état général et trouvant que ses attaques diminuaient d'intensité, quitta l'hôpital. Il marchait difficilement, mais il entendait comme tout le monde, et n'accusait aucun symptôme du côté des oreilles.

L'examen direct ne révélait, comme je l'ai dit, aucune lésion. Soupçonnant une arthrite de la chaîne, je procédai de la façon suivante pour convertir en un diagnostic raisonné ce qui n'était encore qu'une hypothèse :

J'introduisis un spéculum dans l'oreille du malade, et, sans perdre de vue la chaîne des osselets, je lui fis pratiquer le procédé de Valsalva, qui consiste, comme on sait, à faire pénétrer de l'air dans la caisse. Ce procédé repose sur le fait physiologique suivant : lorsque la bouche et les narines sont fermées, si on fait pénétrer une douche d'air dans le pharynx au moment de la déglutition, la colonne d'air n a d'autre issue que les trompes d'Eustache, puisque, par le fait même du mouvement de déglutition, le pharynx et le larynx sont hermétiquement clos. Dès que la colonne d'air pénétra dans la caisse, que, sous son influence, la membrane du tympan devint un peu convexe et que la chaîne des osselets entra en mouvement, le malade poussa un cri et accusa du côté de l'oreille une douleur très vive. Le diagnostic était nettement établi, et, pour l'expliquer, il est nécessaire d'entrer dans quelques détails anatomiques que je vais faire aussi courts que possible.

Anatomiquement, la membrane du tympan se compose de cinq couches que, cliniquement, on peut réduire à trois :

1° Une couche externe ou cutanée;

2° Une couche moyenne ou fibreuse;

3° Une couche muqueuse.

Je ne fais que mentionner les couches cutanée et muqueuse qui, dans le cas actuel, ne présentent aucun intérêt.

La disposition de la couche moyenne a, au contraire, une importance capitale, qui fait bien comprendre la nature des accidents observés chez le malade.

Elle est constituée par des fibres radiées, en contact avec le feuillet cutané, et, par des fibres circulaires, en contact avec le feuillet muqueux.

Si on dissèque une membrane du tympan qui a macéré quelques jours dans l'eau, on peut se convaincre qu'il est facile de séparer les fibres radiées des fibres circulaires jusqu'au point où est englobé le manche du marteau. A cet endroit, leur connexité est telle qu'il est impossible de les isoler. Elles forment pour ainsi dire le *périoste de cet osselet*.

Or, le manche du marteau ne peut subir un mouvement, sans que les autres osselets intimement liés à lui le subissent à leur tour.

Ces deux points établis (connexité du marteau avec la membrane, connexité du marteau avec les autres osselets), on comprend que la membrane du tympan ne peut entrer en vibration sans que la chaîne entre en mouvement.

La membrane vibrant sous l'influence des ondes sonores, chaque fois qu'un bruit se produisait dans le voisinage du malade, la vibration du tympan imprimait des mouvements à la chaîne des osselets et, par le fait de ces mouvements, la douleur se produisait.

Lorsqu'on exagérait ces mouvements, en déjetant fortement la membrane en dehors par le procédé de Valsalva, par exemple, la douleur devenait encore plus vive.

Lorsqu'aucun son ne se produisait, que, par conséquent, sa chaîne était immobile, le malade, on s'en souvient, n'accusait aucune douleur, aucun phénomène appréciable; arrive-t-il autre chose dans l'arthrite blennorrhagique? Non, certes. La douleur ne se manifeste qu'autant que des mouvements sont imprimés à l'articulation atteinte.

Un autre point de ressemblance avec le rhumatisme, et qui a bien sa valeur, c'est que les phénomènes morbides du côté de l'oreille disparaissaient dès qu'une autre articulation était prise, laquelle guérissait à son tour aussitôt que les oreilles étaient de nouveau affectées.

Ces particularités suffisent amplement, je crois, à autoriser le diagnostic que je portai : rhumatisme blennorrhagique de la chaîne des osselets.

D[r] HERMET.

BIBLIOTHÈQUE

CONFÉRENCES THÉRAPEUTIQUES ET CLINIQUES SUR LES MALADIES DES ENFANTS, par le docteur Jules SIMON, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades. — Tome II. Delahaye et Lecrosnier, 1884.

On n'a pas oublié le franc succès qu'obtint, lors de son apparition, le premier volume de cet ouvrage; il n'y a pas besoin d'être prophète pour prédire que le cadet n'aura pas une moindre fortune que son aîné.

Au lendemain de la nomination à la chaire de clinique infantile d'un professeur devant la science duquel tout le monde d'ailleurs s'incline, il n'est que juste de rappeler avec quelle ardeur désintéressée et avec quel succès légitime les médecins des hôpitaux d'enfants ont comblé pendant tant d'années la lacune que laissait dans l'enseignement médical officiel l'absence d'une chaire de maladies des enfants.

Au premier rang de ces maîtres s'est toujours trouvé M. Jules Simon : le soin avec lequel il sait prémunir ses élèves contre les mille difficultés qu'ils auront à vaincre dans l'exercice de notre difficile profession, les ingénieuses ressources thérapeutiques dont il leur apprend le secret ont de tout temps attiré dans ses salles et dans l'amphithéâtre, les jours de ses leçons, un auditoire fidèle et reconnaissant.

Plusieurs conférences du présent volume sont consacrées à des sujets de pathologie : la *fièvre typhoïde*, la *congestion* et la *sclérose du cerveau;* — d'autres, à l'étude de médicaments qui jouent un rôle si grand dans la thérapeutique infantile : l'*iode* et es dérivés, le *fer*, les *bromures*, l'*alcool*, la *noix vomique* et la strychnine.

Mais la partie capitale de l'œuvre nous paraît être celle qui traite des *bains de mer* et des *eaux minérales*.

La nécessité qui s'impose à nous de connaître à fond ce sujet est parfaitement exposée dans les lignes suivantes : « L'extension de la thérapeutique vers les eaux minérales oblige le médecin à en faire une étude spéciale. Il ne saurait rester dans un degré d'infériorité sensible vis-à-vis des malades éclairés par des voyages antérieurs ou la lecture des guides en renom..... Si les eaux peuvent être utiles par une sage administration, elles peuvent exposer à des inconvénients sérieux et même à de graves dangers, quand elles ne remplissent pas les indications voulues..... Tous les ans, les médecins hydropathes se plaignent de voir arriver des malades atteints d'affections organiques; des cancers du foie et de l'estomac, à Vichy; des néphrites albumineuses, à Contrexéville; des phthisies à évolution rapide avec éréthisme et nervosisme, à Eaux-Bonnes. Ce sont là de grosses fautes qui accélèrent par une mauvaise direction la marche fatale des accidents. » Ces sages paroles doivent être méditées surtout quand il s'agit d'appliquer la cure hydro-minérale aux enfants dont la susceptibilité est si grande. En passant suc-

cessivement en revue les diathèses, les maladies générales, les affections localisées à tel ou tel appareil qui sont justiciables de la médication hydriatique, l'auteur produit les raisons, soit scientifiques, soit d'expérience pure, qui militent en faveur de telle ou telle station, et il insiste sur la difficulté qu'il y a souvent à saisir les indications majeures dans les cas complexes dont fourmille la clinique. Avec un guide comme lui, on peut s'aventurer dans le chaos des ouvrages spéciaux d'hydrologie, sans crainte de se laisser abuser par de trop pompeuses apologies, dont la lecture, comme le fait finement remarquer M. J. Simon, donne l'envie de dire tout bas à l'auteur : « Vous êtes orfèvre, monsieur Josse. »

Une conférence très utile à lire est celle où M. J. Simon traite de *l'irritation cérébrale,* « cet état névropathique caractérisé par une excitabilité constante de l'intelligence, de la sensibilité et de la motilité, sans pondération, sans fixité, nullement accompagnée de lésions ou de mouvements fébriles capables de l'expliquer. » C'est un état fréquent et trop peu connu des médecins. M. Simon l'a de longue date étudié avec une prédilection particulière. Aussi n'a-t-il pas de peine à nous en faire comprendre l'importance. « Cet ébranlement nerveux des jeunes enfants, non passager comme le délire, la colère, les terreurs, confine à la santé et au tempérament nerveux d'une part et, de l'autre, aux affections les plus sérieuses dont elle peut être le prélude. C'est une situation intermédiaire qui mérite une place distincte, car elle se comporte de trois façons spéciales : ou bien elle se développe et disparaît sans laisser de traces de son passage; ou bien elle précède, au contraire, et c'est le cas le plus fréquent, l'épilepsie, l'hystérie, la sclérose, la méningite; — ou bien, enfin, elle accompagne les lésions cérébrales, dont elle est le complément secondaire. » On sent combien la connaissance d'un tel état du système nerveux est gros de conséquences pratiques, au point de vue du pronostic, de l'hygiène et de la thérapeutique des enfants qui en sont atteints.

D'ailleurs, quel que soit le sujet qu'il traite, c'est toujours le côté clinique, l'application pratique qui préoccupe M. Jules Simon; c'est là ce qui assure un succès constant et durable à son enseignement oral et écrit.

Celui qui aura lu ces conférences, si instructives et si attrayantes, n'aura, croyons-nous, qu'un regret à exprimer, c'est que le volume n'ait que 300 pages, et, s'il formule un désir, c'est de le retrouver double d'épaisseur à la seconde édition, qui ne se fera pas longtemps attendre. — P. L. G.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 décembre 1884. — Présidence de M. Alph. Guérin.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret par lequel est approuvée l'élection de M. le docteur Charpentier, dans la section d'accouchements, en remplacement de M. le docteur Depaul, décédé.

Sur l'invitation de M. le Président, M. Charpentier prend place parmi ses collègues.

— M. Dechambre présente, au nom de M. le docteur Coriveaud, une brochure intitulée : « Fonssagrives; étude sur son œuvre. »

M. Fournier offre en hommage ses « Leçons sur la période pré-ataxique du tabes d'origine syphilitique, recueillies par M. W. Dubreuilh, interne des hôpitaux.

M. Léon Labbé présente, de la part de M. le docteur Jules Bœckel (de Strasbourg), deux brochures intitulées, l'une : « Du pansement à l'iodoforme; » l'autre : « Note sur 85 cas de trachéotomies pratiquées à l'aide du thermo-cautère de Paquelin. »

M. Richet présente, au nom de MM. Galezowski et Daguenet, un volume intitulé : « Diagnostic et traitement des affections oculaires. »

M. Alphonse Guérin présente, de la part de M. le docteur Ed. Le Bec, prosecteur de l'amphithéâtre des hôpitaux de Paris, un volume intitulé : « Précis de médecine opératoire; aide-mémoire de l'élève et du praticien. »

M. Bourdon présente, de la part de M. le docteur Niepce, ancien médecin-inspecteur

des eaux d'Allevard, un « Mémoire sur l'action antithermique de l'antipyrine chez les tuberculeux ».

M. Chatin lit, au nom de M. Husson (de Toul), membre correspondant, un « Mémoire sur les ferments glycogéniques ».

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de physique et de chimie.

Voici la liste de présentation :

En première ligne, M. Schutzemberger; en deuxième ligne, M. Javal; en troisième ligne, M. Riban; en quatrième ligne, M. E. Hardy; en cinquième ligne, *ex æquo*, MM. Henriot et Pouchet. Adjoint à la présentation : M. Albert Robin.

Le nombre des votants étant de 76, majorité 39, M. Schutzemberger a obtenu 59 voix; M. Albert Robin, 8; M. Javal, 5; M. E. Hardy, 4.

En conséquence, M. Schutzemberger ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre titulaire dans la section de physique et de chimie.

L'Académie procède ensuite à l'élection d'un vice-président pour l'année 1885.

Le nombre des votants étant de 77, majorité 39, M. Trélat obtient 68 suffrages; M. Verneuil, 3; M. Jules Guérin, 2; M. Rochard, 1. Bulletins blancs, 3.

En conséquence, M. Trélat, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé vice-président pour l'année 1885.

M. Trélat remercie ses collègues en quelques mots bien sentis et très applaudis.

M. Proust est prorogé, par acclamation, dans ses fonctions de secrétaire annuel.

M. Caventou est également prorogé, par acclamation, dans ses fonctions de trésorier.

MM. Rochard et Villemin sont nommés membres du conseil.

M. Trélat fait une communication « sur la valeur des opérations plastiques dans la région du palais et sur la détermination de l'âge auquel il convient de les pratiquer. »

Dans un historique complet de la question, l'auteur rappelle que Roux créa la staphylorrhaphie à la fin de sa carrière, mais ce chirurgien n'opéra jamais que de petites fistules, et, dans la division complète, il se contentait d'appliquer des appareils prothétiques.

Vers 1854, Sédillot tenta pour la première fois une opération plus complète que celles de Roux; peu d'années après, trois chirurgiens, MM. Baizeau, Ollier (de Lyon) et Langenbeck (de Berlin) firent l'ostéoplastie périostique du palais.

Lorsqu'on eut appliqué à ces opérations l'anesthésie à l'aide du chloroforme, on abaissa progressivement la limite de l'âge auquel il était possible de les pratiquer : de 16 à 12, à 7, à 4, à 2 ans, à quelques mois, et, enfin, à quelques jours.

Vers 1860, sous l'influence de MM. Maisonneuve, Larrey et surtout de Nélaton, la chirurgie céda la place à la prothèse.

M. Trélat ne croit pas à la supériorité des appareils prothétiques. Suivant lui, la prothèse est utile, si l'opération a échoué; s'il n'y a plus de matériaux de réparation, si les familles des enfants sont timorées au point de refuser toute intervention chirurgicale; mais il faut considérer que ces appareils ne sont guère tolérés que par les adultes et que les enfants quoi qu'on ait dit, ne peuvent les supporter que difficilement; que ces appareils ont besoin de réparations, d'une région absolument saine, sans état morbide des arrières-narines, etc.

M. Trélat donne la préférence à l'opération. Il a eu l'occasion de la pratiquer quatre fois chez des individus qui, porteurs d'appareils prothétiques, venaient le supplier de les en délivrer.

En dehors des cas particuliers déjà indiqués, M. Trélat pense que l'opération est de beaucoup préférable à la prothèse.

Il est vrai que, lorsqu'elle est pratiquée sur de très jeunes enfants, l'opération amène très fréquemment la mort des petits malades; c'est pourquoi, par un retour à la pratique des premiers chirurgiens, on a de nouveau relevé la limite de l'âge auquel l'opération devait être faite. On a fixé cette limite à 3 ou 4 ans. Malheureusement l'opération faite et complètement réussie, on s'est aperçu que l'on ne pouvait arriver à faire parler ces enfants si admirablement opérés. Les résultats phonétiques n'étaient pas en rapport avec les résultats plastiques.

Les faits ont été tels que des chirurgiens distingués, reconnaissant la nullité des résultats phonétiques, sont revenus à la prothèse.

M. Trélat a recueilli des faits nombreux qui lui ont permis de préciser les trois points suivants :

1° On voit des individus, porteurs de palais défectueux, arriver à acquérir une parole parfaitement intelligible;

2° Quand on opère les divisions de la voûte palatine chez des enfants de 3 ou 4 ans, on peut réussir, on réussit généralement l'opération, mais on est désarmé pour l'éducation phonétique du sujet;

3° Si l'on opère des individus éduqués avant l'opération, appartenant aux classes élevées de la société, on les voit arriver à une restitution phonétique plus ou moins parfaite.

Il est inutile de faire courir des dangers à des enfants trop jeunes pour s'arrêter à un résultat insuffisant; il vaut mieux opérer tardivement et arriver à une éducation complète.

M. Trélat analyse un certain nombre de faits de sa pratique opératoire. Il s'agit d'individus appartenant à un milieu social de bonne éducation, présentant des divisions palatines d'étendue variable, mais jamais excessive; opérés à des âges relativement avancés, après 6 ans, parfois à 18, 20 et même 23 ans, et recouvrant un langage correct : les uns, tout de suite après l'opération; les autres, plus ou moins longtemps, parfois plusieurs années après, suivant que l'action correctrice a été plus ou moins prompte, plus ou moins efficace, plus ou moins aidée par les mobiles moraux individuels ; mais s'acheminant toujours vers un résultat qui varie du bon à l'excellent, sans exception.

Résumant les considérations qui précèdent, M. Trélat établit : que les opérations dans le jeune âge sont ou dangereuses pour la vie ou menacées d'échec et sans aucun bénéfice immédiat; — que les individus qui n'ont reçu aucune éducation antérieure, ou chez lesquels cette éducation a été mauvaise, n'obtiennent aucune amélioration fonctionnelle par le fait de l'opération; — inversement, que les individus opérés après la sixième ou septième année et ayant reçu une éducation antérieure aussi parfaite que possible, guérissent de leur opération sans courir aucun danger et recouvrent plus ou moins promptement un langage au moins suffisant pour toutes les relations de la vie.

La conclusion finale est qu'il y a des dangers et aucun avantage à opérer les malformations staphyliennes ou palatines congénitales avant la septième année, sans vouloir donner à ce chiffre un sens absolument rigoureux ; c'est que l'opération est d'autant mieux supportée et plus sûre que l'âge est plus avancé ; c'est enfin que l'éducation depuis la naissance jusqu'à l'opération, et l'éducation après l'opération, assurent à celle-ci le succès de son véritable but, c'est-à-dire le rétablissement des fonctions du langage.

Sur l'opération elle-même, M. Trélat se borne aux détails suivants :

Certains malades sont sur la limite de la possibilité opératoire; ce sont ceux dont le bord alvéolaire est atteint par la division qui porte d'ailleurs sur la voûte et le voile ; ce sont des opérations possibles, mais passibles d'échec.

Il ne faut pas opérer ceux chez lesquels les parties latérales de la division n'ont pas une largeur suffisante pour permettre d'y tailler des lambeaux convenables. La relation des mesures entre la largeur de l'écartement à combler et la largeur de chacune des parties latérales fournit des éléments précis de détermination. L'anaplastie échoue dans ces sortes de cas, pour lesquels on doit faire appel à la prothèse.

Les opérations plastiques sur le palais ne donnent aucune chance de mort, si les conditions d'âge, de santé générale et d'étendue de la division sont bien observées.

Ces mêmes conditions influent de la manière la plus directe sur le succès plastique de l'opération ; celle-ci n'échoue guère que dans le bas âge et dans les cas de division trop large. Si sur ces deux points on respecte les préceptes établis précédemment, le succès est la règle; il représentera les 19/20 des cas.

M. Trélat opère les malades dans la position horizontale, la tête renversée en arrière sur le bord du lit ; cette position est nécessitée d'abord par l'anesthésie, ensuite parce que le sang tombe dans les narines où il peut-être épongé et que les bronches et l'œsophage sont en grande partie préservées de son accès.

L'anesthésie doit être totale.

Le chirurgien se place derrière la tête de l'opéré et, pendant toute la durée de l'opération, la bouche est maintenue ouverte par un baillon qui écarte les dents de chaque côté et déprime la langue. Le champ opératoire s'étale largement sous les yeux de l'opérateur.

Malgré les difficultés qui résultent de l'anesthésie, du maintien de la respiration et de l'hémorrhagie abondante, mais toujours coercible, l'opération ne réclame, grâce au perfectionnement de l'instrumentation, pas plus de 30 ou 40 minutes.

La suture étant solide et les parties affrontées bien souples, les malades sont nourris dès le soir de l'opération, avec des aliments réparateurs, mais exclusivement liquides, qui devront être continués pendant dix ou douze jours.

Dans les cas favorables, la guérison est effectuée en quatre jours. M. Trélat a souvent enlevé les points de suture dès le troisième jour. Jamais il ne les laisse au-delà du sixième jour. Il faut encore prendre des ménagements pendant une semaine, puis la guérison est complète.

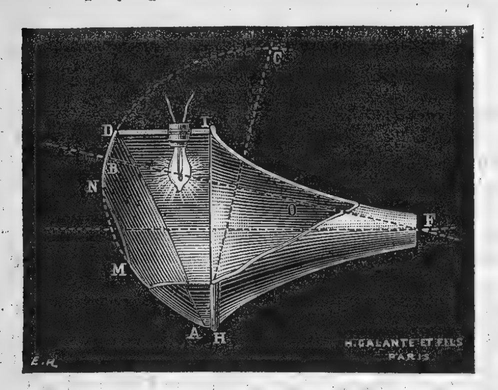
— A 4 heures 45, l'Académie se réunit en Comité secret.

Nouvel otoscope

Par le docteur J.-H.-A. Rattel.

(Académie de médecine, séance du 16 décembre 1884.)

Cet appareil offre des dispositions qui lui sont propres, quant à la lumière et au procédé employé pour la concentrer.



Il est éclairé, en effet, par une petite lampe à incandescence, à fil de charbon fabriqué. Celle-ci est placée à l'intérieur de l'instrument et sa puissance d'éclairage est égale à deux bougies. Elle peut éclairer pendant cent heures. Un accumulateur d'une intensité de courant de treize ampères-heures l'alimente pendant six heures au minimum.

Le réflecteur est représenté par une portion d'ellipse (A. M. N. D.) calculée de telle sorte, que l'un des foyers correspond à la lampe et le 2e (F.) à l'extrémité de l'instrument.

Ajoutons qu'un commutateur appliqué sur l'otoscope permet d'établir et d'interrompre à volonté le courant ; qu'un rhéostat, ajouté à l'accumulateur, donne la possibilité de graduer à loisir la lumière, en la faisant passer par toutes les nuances comprises entre le rouge cerise et l'incandescence ; — qu'enfin, l'orifice (N. N.) par lequel regarde l'observateur est de dimension telle qu'il livre passage à tous les instruments nécessaires au traitement des maladies de l'oreille externe et de l'oreille moyenne.

Ce mode d'éclairage et de réflection peut être utilisé pour l'examen des autres cavités naturelles : nez, vagin, pharynx, etc., et appliqué à l'otoscope de Brunton lui-même.

Les réflecteurs *elliptiques* ne paraissent pas avoir été employés jusqu'ici.

Ce nouvel otoscope, qui réalise un sérieux progrès, a été construit par M. Galante.

VARIÉTÉS

LES ÉTABLISSEMENTS THERMAUX APPARTENANT A L'ÉTAT

La question de savoir s'il était de l'intérêt général que les établissements thermaux appartenant à l'Etat fussent exploités par l'Etat lui-même, par voie de régie, ou livrés à l'industrie privée, est très discutable et a été souvent discutée.

Voici qui prouve que la question est susceptible de diverses solutions :

Depuis longtemps, des sept établissements thermaux appartenant à l'Etat, deux sont exploités par l'industrie privée : Vichy et Plombières ; l'insuccès de la première opération, l'obligation où s'est trouvé l'Etat de lui venir en aide, les nombreux démêlés qu'il a eus avec la Compagnie de Vichy, l'avaient dégoûté de ce mode d'exploitation, et le ministère du commerce, duquel relèvent les établissements thermaux, était bien résolu à continuer, par voie de régie, l'exploitation des cinq autres établissements appartenant à l'Etat.

Les choses en étaient là, lorsqu'un député, chargé du rapport sur le budget du minis-

tère de l'agriculture et du commerce, M. Félix Faure, aujourd'hui sous-secrétaire d'Etat au ministère de la marine, introduisit dans ce rapport une disposition d'après laquelle l'Etat serait tenu de mettre en ferme, avant le 1er janvier 1885, les cinq établissements thermaux lui appartenant et jusqu'alors exploités par voie de régie.

Cette disposition, passant à peu près inaperçue, a été adoptée sans discussion par le simple mouvement de *croupion* que tout le monde connaît, et est devenue ce qu'on appelle aujourd'hui la loi de janvier 1884.

Après ce vote devant lequel l'Etat propriétaire devait s'incliner, il est intervenu pour les cinq établissements que la loi concerne trois solutions différentes.

Le plus important des cinq, l'établissement d'Aix en Savoie, ne pouvait oublier que depuis l'annexion le gouvernement français, quelle qu'en fût la forme, l'avait un peu gâté, qu'il y avait dépensé environ 1,500,000 fr.; qu'il l'avait doté de fonctions grassement rétribuées, — un directeur, notamment, pourvu d'un traitement de 8,000 fr. — L'établissement d'Aix, par l'organe du conseil municipal de cette ville et des députés de la Savoie, a demandé à rester en régie, et, comme il est avec la loi ainsi qu'avec le ciel des accommodements, malgré la loi de janvier, ce vœu a été écouté et l'établissement d'Aix reste en régie.

Les établissements de Néris et de Bourbonne ont été soumissionnés par un propriétaire de Clermont, à des conditions que le ministre a acceptées, sauf ratification de la Chambre qui est saisie, à ce sujet, d'une proposition dont la prochaine acceptation ne fait aucun doute. Nous ne connaissons pas les conditions qui concernent Bourbonne; mais celles qui se rapportent à Néris, sans avoir rien d'exagéré, nous semblent très acceptables. Le concessionnaire, moyennant une ferme de 30 ans, s'engage à payer à l'Etat, pendant les quinze premières années une redevance annuelle de 10,000 fr., et de 15,000 fr. pendant les quinze dernières années; ce côté-là est fort modéré, puisque l'établissement rapporte aujourd'hui à l'Etat un produit net de 20 à 25,000 fr. Mais — et c'est là le côté important — le concessionnaire s'engage à faire exécuter pour 500,000 fr. de travaux, qui, à l'expiration de la concession, feront retour à l'Etat. Il est vrai que le cahier des charges l'autorise à augmenter les tarifs *d'un tiers*, et il est probable qu'il n'y manquera pas.

Quant aux établissements de Luxeuil et de Bourbon-l'Archambault, l'Etat n'a reçu aucune proposition; ils vont donc forcément rester en régie jusqu'à nouvel ordre. Il est vrai que, pour l'établissement de Luxeuil, la chose s'explique facilement, car il a besoin d'être refait complètement; mais il n'en est pas de même pour Bourbon-l'Archambault dans lequel l'Etat vient de dépenser près d'un million. Dr B. M.

COURRIER

Nous publions plus bas l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la maison de santé Dubois, *du* LAIT *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile dans des boîtes EN CRISTAL plombées. Ce mode de vente, qui supprime l'intervention frauduleuse des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

CONCOURS. — Le concours de l'externat des hôpitaux de Paris s'est terminé le jeudi, 18 décembre, par les nominations suivantes :

MM. 1. Arnould, Bourdillon, Gampert, Pescher, Homolle, Lancelle, Dubarry, Moulonguet, Pozzi, Valat, Vignalou, Vilcoq, Bernheim, Mauny, Mussy, Vignard, Laumet, Bourges, Chaumont, Pactet, Pallier, Récamier, Rieffel, Delagenière, Roussan, Malherbe, Cator, Mallet, Dussaud, Lautier, Tissier, Archambault (Raymond), Bonnet, Bouchut, Chavane, Cohen, Durand, Hillemand, Joudeau, Martha.

41. Marty, Souplet, Vignerot, Beaumé, Lostalot-Bachoué, Gand, Champeil, Adler, Rogues de Fursac, de Senneville, de Fleury, Barrault, Berbez, Belin, Hamon, Vigneron, Cazals, Chopard (Léopold), Despaigne, Jonesco, Nodot, Petrescou, Reboul, Boix, Brésard, Civel, Decressac, Meyville, Lauri, Aubert, Bezençon, Couzette, Leudet, Pigelet, Regnier, Secrétan, d'Aurelles de Paladines, Méloir, Duron, Hallion.

81. Lafosse, Parizot, Thibault, Zaldivar, Mlle Wilbouschwitch, Grandhomme, Sardou, Schrœder (Louis), Ritzo, Sérieux, Simon, Baret, Bonifas, Chamorro, de Vernajoul, Arrivot, Fauvel, Neiret, Bussat, Perez, Gibotteau, Michel, Souques, Vilpelle, Archambault (André), de Saint-Germain, Mouret, Peltier, Kaplan, Fréal, Blaise, Dimitropolu, Mlle Iraclidy, Veslin, Ménard, Petit, Longo, Jaille, Lavaux, Lefebvre (Albert).

121. Cantilli, Achalme, Duriez, Caubet, Dubrisay, Ettlinger, Blanc, Frey, Racoviceano, Guerard, Le Meignen, Michel, Critzman, Piedpremier, Taurin, Colin, Devillers, Provendier, Pottier, Dupré, Muller (Emile), Sabatier, Sainton, Auclert, Guertin, Chevalet, Léonardi, Dubard, Magé, Urlatianu, Boutarel, Delaine, Dessaux, Duplaix, Dubost, Thérèse, Laurent-Préfontaine, Robert, Couvy, Dulac.

161. Gilles, Imbert, Legrand, Leymarie, Noël, Seigneur, Pottiez, Zaguelmann, Ristich, Bonvalot, Audain, Bergé, Aubert (Maurice), Dupont, Joubert, Frissard, Maret, Lefebvre (Emile), Thiercelin, Pascal, Rivière, Pouillot, Dortel, Macry, Schoofs, Thomas, Javillard, Billoir, Reynald, Desmoulin, Andoque, Dusser, Schrœder (Marie-Joseph), Grenet, Dumont, Depoix, Barbier, Chevalier, Winocouroff, Puig.

201. Brossard, Willebieu, Bonnecaze, Reimbold, Hugues, Nimier, Vialet, Perchaux, Delobel, Argueyrolles, Lajugée, Teulière, Muller, Morlat, Brée, Chautard, Chopard (Jules), Viancin, Leseur, Rousseau, Enriquez, Cozmovici, Dauriac, Bertrand, Gauthier, Arnaud, Boulouys, Rodier, Pujals y Torruella, Cezilly, Marot, Rigault, Bergeret, Dupont (Alexandre), Gérard, Lepage, Casabianca, Breitmann, Thomas, Esprit.

241. Hamon, Delerse, Godet, Bertazzi, Aubert (Thomas-Joseph), Hette, Lancelin, Dunac, Artault, Petrovitch, Goglioso, Mlle Bielooussoff, Lefauve, Gaston, Amiard, Vaugrente, Delplanque, Vinant, Doucet, Colin, Montillier, De Eichstorff, Bonieux, Rivalier, Vinson, Vothronto, Christoyannakis.

Faculté de médecine de Paris. — Nous apprenons avec un vif plaisir que le prix Lacaze, de 10,000 fr., vient d'être décerné par la Faculté de médecine à notre collègue et ami M. le docteur Debove, pour ses leçons cliniques sur la tuberculose.

Société de Médecine légale. — La Société de Médecine légale vient de procéder au renouvellement de son bureau qui, pour l'année 1885, est composé comme il suit : Président, M. le docteur Blanche; vice-présidents, MM. Horteloup, magistrat, et le docteur Polaillon ; secrétaire général, M. le docteur Gallard ; secrétaires des séances, MM. le docteur Le Blond, le docteur Socquet ; archiviste, M. le docteur Ladreit de la Charrière; trésorier, M. Mayet, pharmacien.

Membres de la Commission permanente chargée de répondre dans l'intervalle des séances aux demandes d'avis motivés, adressées à la Société : MM. Blanche, président, Gallard, secrétaire général, le docteur Boudet, le docteur Brouardel, Chaudé, avocat, le docteur Foville, le docteur Grassi, le docteur Laugier, le docteur Lutaud, le docteur Polaillon, le docteur Vibert.

Membres du Conseil de famille : MM. Blanche, président ; Horteloup et Polaillon, vice-présidents; docteur Brouardel, Benoist, magistrat ; docteur Hemey, Lefort, chimiste ; docteur Lunier.

Membres du Comité de publication : MM. Gallard, secrétaire général ; docteur Barthélémy, docteur Le Blond, docteur Legrand du Saulle, Rocher, avocat ; docteur Socquet.

Dans la même séance la Société a nommé Membre honoraire : M. le professeur Trélat.

Membres correspondants nationaux : MM. Barbot, pharmacien à St-Malo ; le docteur Bertrand, à Roanne ; le docteur Bouteille, à Toulouse; le docteur Bouton, à Besançon ; le docteur Camus, à Chambéry ; le docteur Grenell, à Gérardmer ; Houssard, avocat, à Tours ; Le Prince, pharmacien, à Bourges ; le docteur Picard, à Selles-sur-Cher ; le docteur Sordes, à Tarare (Rhône).

La Société tient ses séances le deuxième lundi de chaque mois, à 4 heures très précises, au Palais de Justice dans la salle des référés. Les séances sont publiques.

Société de Médecine de Paris. — Séance du 27 décembre 1884. — *Ordre du jour :* 1. Vote pour la nomination à une place de Membre honoraire. — 2. Vote sur la candidature de M. Dehenne, au titre de Membre titulaire. — 3. Communications diverses.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs

Sommaire

Considérations médico-physiologiques sur un cas de morsure de rat suivie d'intoxication ayant déterminé des accidents nerveux simulant l'hydrophobie et l'apparition d'un purpura à forme intermittente.

Mémoire présenté à la Société de médecine de Paris dans la séance du 25 octobre 1884.

Par le docteur Millot-Carpentier, de Montécouvez,
Membre correspondant.

Dans le courant du mois de décembre 1883, à bord d'un bateau faisant le cabotage sur le canal de Saint-Quentin, un jeune batelier, le nommé P.-J. B..., âgé de 20 ans, eut un accident qui, de prime abord, semblait ne devoir entraîner aucune conséquence fâcheuse. Il était dans son lit et dormait profondément, lorsqu'un gros rat gris, comme il en existe en quantité sur ces navires, grimpant sur sa couchette, le mordit à la lèvre supérieure. Il en résulta une petite plaie fort douloureuse que le blessé s'empressa de laver à l'eau fraîche. Se recouchant aussitôt, notre marin ne tarda pas à se rendormir et à oublier cette aventure; quand, une heure après environ, l'irascible rongeur revint à la charge et cette fois transperça la main gauche au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du troisième doigt. Réveillé en sursaut, P... se saisit du rat de la main droite, mais pas assez subtilement pour pouvoir le maintenir; la main gauche dut intervenir et porter secours. Elle étouffa l'animal et reçut en récompense deux nouvelles morsures non loin des premières. Il y eut ainsi à la main quatre trous irréguliers dus à l'empreinte des dents du rongeur, et, chose à noter, il ne s'écoula pas une seule goutte de sang.

Tout marcha aussi bien que possible pendant les quinze premiers jours; les petites plaies ne manifestèrent aucune réaction inflammatoire et se cicatrisèrent; le souvenir même de ce combat nocturne était tout à fait effacé de la mémoire du jeune homme qui du reste n'en avait jamais été affecté, la vie du marin étant remplie de périls bien autrement sérieux. Nous insistons sur ce point particulier que nous avons bien élucidé,

FEUILLETON

SÉPULTURES PARISIENNES

L'INCINÉRATION. — Ier OU IIe SIÈCLE.

L'incinération était pratiquée dès la plus haute antiquité chez les Grecs et les Romains. Cet usage se continua en partie à Lutèce, pendant la domination romaine.

Les corps incinérés, les restes des ossements, étaient pieusement recueillis. On les conservait, soit dans des urnes qui devenaient sacrées pour la famille, soit dans des chambres mortuaires; mais souvent à Lutèce, les urnes étaient inhumées dans le champ de sépulture commun, ainsi que nous l'avons souvent constaté. Celle que nous allons décrire a été trouvée pleine de terre, d'ossements humains accompagnés d'ossements de mouton ; nous pouvons supposer que cet animal avait été offert en sacrifice et incinéré sur le bûcher du mort, si on en juge par la destruction presque complète des ossements et leur pêle-mêle dans l'urne avec les restes humains. Il y avait aussi quelques fragments de vases en terre et en verre, peut-être des vases votifs exposés sur le bûcher; ces derniers, brisés par le feu, se trouvaient mêlés aux restes recueillis et placés dans l'urne cinéraire. Voici l'inventaire de ces objets :

Un fragment de crâne et sa suture; une petite canine; trois vertèbres dorsales; deux têtes de fémur; deux têtes d'humérus; un cavité cotyloïde; fragments de côtes; fragments de péroné; un fragment du grand trochanter; un demi-litre environ d'ossements

afin de nous en servir plus loin comme argument lorsque nous discuterons la valeur et la cause des phénomènes nerveux qui ne tardèrent pas à apparaître.

En effet, quinze jours après l'accident, étant à Saint-Quentin, le marinier commença à se plaindre de la main; un gonflement considérable apparut dans la région, accompagné de fièvre, de chaleur, de sueurs abondantes, et cela une première fois, durant quatre jours consécutifs en revêtant le type classique du phlegmon. Le malade, que son métier oblige à voyager continuellement, arrive en cet état à Ham, où il reçoit les soins empressés de notre honoré confrère le docteur N..., qui prescrit l'irrigation continue et des onctions calmantes, mais sans résultat. Les choses durent ainsi une dizaine de jours, puis le calme se fait sans qu'il y ait de suppuration, mais pour peu de temps, car le blessé a recours de nouveau quelques jours après au traitement qui l'a soulagé une première fois, en y ajoutant des compresses imbibées d'eau blanche.

Le 20 janvier, le bateau quitte Ham et se dirige vers le nord; la position du malade était relativement satisfaisante. Nous disons relativement, car depuis l'apparition des premières douleurs les voies digestives sont embarrassées et des accès de fièvre ont lieu fréquemment.

Arrivé à Crèvecœur (Nord), vers le 30 janvier, le marin voit venir brusquement des taches de purpura et du gonflement au niveau de ces taches disséminées le long du bras, sur le thorax et sur le dos. M. Talfer, médecin de la commune, les fait badigeonner avec du collodion et donne quelques boissons rafraîchissantes. Un peu d'amélioration survient encore et le purpura disparaît, ce qui permet à l'équipage de faire voile sur Douai et de s'y reposer une dizaine de jours.

Pendant toute la durée des douleurs survenues peu après la morsure, le malade avait été pris de phénomènes nerveux graves. A maintes reprises, il s'était trouvé comme étranglé sous le coup d'une dysphagie intense avec congestion excessive de la face et en proie à une agitation extrême. Les yeux brillaient alors d'un éclat inaccoutumé, la fièvre redoublait d'intensité; le larynx faisait entendre un sifflement aigu dû à sa constriction, des mucosités sortaient en abondance et involontairement de la bouche de ce jeune homme qui ne pouvait plus ni parler, ni respirer, ni avaler pendant toute la durée de ces crises. Un abattement succédait à ces accès dont le renouvellement avait lieu presque tous les jours.

Au récit que nous fait le père de notre client, le 27 février 1884, époque où pour la première fois il est soumis à notre examen, récit que nous nous sommes attaché à vérifier et à contrôler, nous avouons avoir éprouvé une crainte très vive en songeant à la possibilité d'accidents rabiques dont le tableau paraissait assez exact, la transmissibilité de la rage n'étant pas le monopole de la race canine. Il manquait, il est vrai, à ce diagnostic, la preuve expérimentale bien difficile à faire, pour ne pas dire impossible, dans les conditions où nous exerçons notre art. Si la recherche des bacilles et des mi-

---

humains indéterminés; osselets et ossements de mouton; fragments de vases en terre et en verre irisé.

Comme on le voit par cette énumération, nous pouvons affirmer que les moindres restes provenant des corps incinérés étaient recueillis avec le plus grand soin, ainsi que les objets offerts en sacrifice.

SÉPULTURES DU IIIe OU IVe SIÈCLE.

Le 13 juin 1880, en explorant le sol occupé aujourd'hui par la maison qui porte le n° 16 de l'avenue des Gobelins, je priai M. Chapeau, chef ouvrier, d'ouvrir une tranchée en un point où le sol me semblait avoir éte remué; après un travail de quinze minutes, nous vîmes que nous étions sur une fosse à même le sol. Sachant que les objets curieux se trouvent presque toujours à la droite du mort, au-dessus de la clavicule, le travail continua plus lentement afin de ne rien briser; on ne tarda pas à rencontrer la tête du squelette et à la dégager avec le plus grand soin. Durant ce travail, notre couteau de bois rencontra le col d'une charmante ampulla ou bouteille en terre rouge, à anse, de 0,16 cent. de hauteur sur 0,13 cent. de largeur (1). La tête nous appa-

(1) Sur cette poterie, nous constatons les premiers essais de la peinture céramique. C'est une décoration en blanc sur les vases en terre rouge et grise; elle se compose généralement de filets concentriques disposés autour du vase et exécutés au moyen de la tournette; parfois quelques rinceaux sont disposés entre les cercles de même couleur. Ce type se rencontre dans le champ de sépultures de l'Arbalète, découvert et

crobes est chose pratique et monnaie courante dans un laboratoire, il n'en est pas ainsi pour le médeciu de campagne pour qui les patientes et ingénieuses recherches du microbe paternel resteront interdites longtemps encore. Cette lacune signalée et ne pouvant être comblée, nous avons néanmoins essayé de nous rendre compte de quelques-uns des caractères physiques du sang de notre sujet, en conservant un certain temps quelques gouttelettes de ce liquide prises à la pulpe d'un doigt de la main blessée; nous dirons plus loin le résultat de cette étude.

Lors donc que, pour la première fois, le jeune P... vint à Montécouvez, nous vérifions parfaitement la dysphagie constatée la veille encore par M. Coursier, médecin à Honnecourt (Nord), de même l'anémie et les taches de purpura ; enfin nous recueillons de la bouche de l'intéressé tout ce que nous venons essayer de retracer.

Il existait encore à ce moment avec les crises nerveuses quotidiennes, des accès fréquents de fièvre, revenant tous les deux ou trois jours et durant chaque fois plusieurs heures, accès survenant brusquement, sans prodromes, et laissant chaque fois le sujet dans un état de prostration de plus en plus alarmant.

En présence de cette situation, nous avons institué le traitement suivant :

1° Permanganate de potasse, 2/200 : trois cuillerées à soupe chaque jour pendant six semaines;

2° Sulfate de quinine, 0 gr. 60 cent. : tous les soirs pendant quinze jours, puis en espaçant de deux jours l'un, quinze jours encore.

3° Un purgatif salin, ayant pour véhicule une infusion amère, toutes les semaines pendant un mois.

4° Nourriture azotée, exercice, boissons alcooliques à doses médicinales.

Nous revoyons le malade un mois après environ, le 29 mars ; il n'a plus eu que deux fortes crises depuis sa dernière visite ; la première le 9 du même mois. Cette fois, il constate une sorte d'aura précédant l'attaque, partant de la cicatrice de la main droite, remontant le bras et allant finir à la gorge où la constriction reparaît avec la même intensité, le tout accompagné de dyspnée et de fièvre, de huit heures du soir à trois heures du matin. La seconde crise exactement semblable à la précédente est survenue huit jours plus tard.

Il s'était formé la veille une petite grosseur à l'angle externe de la dernière côte à droite, grosseur de la forme et du volume d'un œuf de poule légèrement aplati. Cette tuméfaction est indolore et de couleur violacée; elle a été la cause d'un peu de fièvre pendant trois jours. On constate, peu après l'apparition de cette tumeur, de nouvelles taches ecchymotiques irrégulières, les unes de la largeur d'une lentille, les autres d'une pièce de un franc. Le malade éprouve en outre des douleurs musculaires, surtout dans les jambes au niveau inférieur du triceps fémoral, douleurs intermittentes caractérisées par une grande faiblesse dans le fonctionnement de ces organes, à tel point qu'il ne

---

rut admirablement conservée: les maxillaires possédaient toutes leurs dents. En retirant l'occipital du sol, où il semblait scellé, notre couteau rencontra une résistance due à la présence d'une coupe d'un mètre de circonférence, dans laquelle la tête du mort avait été déposée. La conservation du squelette était parfaite; il reposait dans un diluvium rouge très sec, les condyles du fémur avaient seuls souffert de l'humidité; malgré leur fragilité, les petits os du carpe et du métacarpe, du tarse et du métatarse étaient en bon état. Ce fait paraît extrordinaire, quand on songe que ces débris étaient dans le sol depuis 1,500 ans; on peut l'attribuer à la nature du sol qui, très perméable en ce point, permettait facilement l'écoulement des eaux et l'évaporation des gaz. Depuis plusieurs années que nous explorons Paris, jamais nous n'avons trouvé dans un sarcophage des restes aussi bien conservés que ceux qu'on rencontre à même le sol, et qui ont été inhumés dans des cercueils en bois de chêne ou de châtaigner. Cela doit tenir à la concentration des gaz et de l'humidité dans les cercueils de pierre.

Non loin de cette sépulture, nous avons découvert la tombe d'une femme dont les restes étaient aussi beaux que les précédents. Auprès d'elle était un gobelet en verre irisé ; elle portait encore un bracelet de bronze doré à l'avant-bras gauche, et dans la bouche se trouvait une monnaie de naulage à l'effigie de Constantin.

---

exploré par moi. Nous pouvons donc affirmer que nous sommes en présence des premiers essais de peinture céramique à Paris, et que cette découverte remonte aux prémiers siècles de notre ère.

peut se mouvoir que très difficilement et ne peut se lever spontanément, lorsqu'il est assis.

Tous les autres muscles du corps semblent atrophiés; la maigreur est excessive, néanmoins, depuis que P... suit son traitement, il existe une amélioration sensible, les crises ont diminué et de nombre et d'intensité. Les fonctions du corps s'accomplissent naturellement, le pouls est toujours petit et déprimé, on entend un bruit de souffle dans les carotides et à la base du cœur au premier temps; la température est normale et le poids du sujet a augmenté. Le moral est resté satisfaisant; jamais du reste il n'a été atteint et les terribles crises de dysphagie n'ont pas éveillé dans l'esprit de ce jeune homme la pensée qu'elles pouvaient appartenir à l'hydrophobie, craintes éprouvées seulement par son entourage.

Depuis le dernier assaut, c'est-à-dire depuis le 17 mars, notre marin n'a plus rien ressenti; le traitement a été suivi jusqu'au mois de juin avec quelques jours de repos de temps à autre et bientôt tout est rentré dans l'ordre. L'appétit jadis languissant, les forces, l'énergie, l'aménité du caractère sont revenus ce qu'ils étaient auparavant.

Nous avons tenu à ne pas livrer plus tôt cette observation à la publicité afin d'être sûr du résultat obtenu. Or, depuis le 17 mars, il n'est rien survenu et nous sommes au mois de novembre ! Nous croyons donc la période d'observation suffisante pour admettre une guérison définitive.

Historique. — Les recherches personnelles auxquelles nous nous sommes livré et celles beaucoup plus complètes qu'a bien voulu faire à ce sujet notre très honoré confrère, M. le docteur Petit, sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine de Paris, nous permettent d'affirmer que cette observation est unique dans la science. Nous avons néanmoins compulsé un certain nombre d'auteurs avec l'espoir, qui ne s'est pas réalisé, de rencontrer quelques cas similaires à celui-ci. Nous citerons les travaux suivants comme pouvant être consultés et offrir un certain intérêt de ressemblance :

Bollinger : « Infection par les venins animaux »;

Redi (François) : « Oposcoli di storia naturale » (éditeur Livi, Florence, 1858);

Fontana (Félix) : « Traité sur le venin de la vipère et sur les poisons américains » (Florence, 1874);

Viaud-Grand-Marais, Billroth et Pitha, « Encyclopédie chirurgicale »;

Liouville (H.) : *Archives de physiologie*, 1873, n° 2 : « Cas de sarcome généralisé des séreuses chez un rat avec cysticerque péritonéal, etc. »;

FIN DE L'ÉPOQUE MÉROVINGIENNE

A gauche de l'église de Saint-Marcel, dans l'épaisseur du mur de fondation et à sa base, nous rencontrâmes, à notre grande surprise, un sarcophage en pierre admirablement taillé à angles vifs, et dont l'intérieur était dressé et poli avec le plus grand soin. Un petit vase en verre mince comme du papier, très irisé, s'écrasa sous les doigts imprudents d'un ouvrier ; sa forme était celle d'une petite bouteille concave d'un côté et convexe de l'autre, à col court, et dont les flancs étaient munis d'une anse. Tous les os du squelette semblaient couverts d'une couche de phosphate de magnésie en efflorescence, d'une belle teinte violacée.

Suivant certains avis, ce phénomène ne serait dû qu'au mode d'embaumement pratiqué à cette époque. Malheureusement, l'obscurité la plus complète règne sur cet art à la fin de l'époque mérovingienne, et s'oppose à ce que nous puissions déterminer à quelle cause artificielle est due cette coloration des ossements. Si nous exceptons l'embaumement pratiqué chez les Egyptiens, nous ne possédons pas, je crois, de renseignements antérieurs au seizième ou au dix-septième siècle. Galien est à peu près muet sur les moyens employés à cette époque pour la conservation des corps ou des organes. Pour moi, je me borne à exposer le produit de mes recherches et laisse à messieurs les anatomistes le soin de trancher ces questions difficiles.

M. Combarieu, pharmacien de 1re classe, a bien voulu examiner ces os, et nous remettre la note suivante :

« Les os colorés en violet, soumis à l'analyse, ont donné les résultats suivants :

Viry (G.) : « Observation d'accès convulsifs avec hydrophobie » (in *Recueil de mémoires de médecine et de chirurgie militaires*, n° 172, p. 229);

John T. Galriel : « Observation d'irritabilité nerveuse revêtant un caractère hydrophobique » (in *The Lancet*, p. 320, 2 sept. 1876);

Lauder Lindsay : « De la fausse hydrophobie chez les hommes » (in *Journal of mental sciences*, janv. 1877);

G. Middleson : « Des lésions vasculaires dans l'hydrophobie et autres maladies caractérisées par une excitation cérébrale (énumération des maladies dans lesquelles on a trouvé de l'hyperhémie ou des hémorrhagies capillaires). » (*Journal of anat. and physiol.*, V et XV, oct. 1880.)

Enfin les travaux de nos classiques, ceux de Richardson, de Duboin, d'Albertoni, d'Alphonse Corradi, de Franzini et Pignacca, etc., etc., qui tous ont donné, à différents points de vue, des considérations anatomiques, physiologiques et pathologiques se rapprochant de celles que nous venons de soumettre au lecteur.

Réflexions. — Et d'abord est-il possible de ne pas reconnaître une intoxication spéciale et bien caractérisée dans les suites de l'accident survenu à notre client? L'empoisonnement n'est-il pas typique?... Un rat mord ce garçon en pleine santé; quinze jours se passent sans incidents, puis se développe toute une série de phénomènes inflammatoires particuliers, ne présentant pas cette forme classique des phlegmasies consécutives aux lésions chirurgicales, ne suppurant pas, mais, par contre, revêtant aussitôt un aspect insidieux, qu'en bonne foi, étant donnée la cause, on pouvait attribuer à l'absorption d'un virus animal. Ne voit-on pas ensuite apparaître chez un homme dont l'organisme est indemne de toute tare pathologique, et absolument sain d'esprit, une série de troubles nerveux graves, simulant à s'y méprendre des attaques hydrophobiques? Enfin, pour compléter le tableau, l'apparition intermittente des taches de purpura ne vient-elle pas révéler le caractère spécial et donner l'estampille à tous ces désordres extraordinaires? Notons encore que cette altération est survenue avec une rapidité effrayante et a entraîné tout le cortège des symptômes de l'anémie aiguë, prostration, décoloration des muqueuses, bruit de souffle carotidien et cardiaque, atonie musculaire, accès fébriles, etc., etc. Tout cela n'est-il pas pathognomonique d'un empoison-

---

« 1° Soumis à la calcination sur une feuille de platine, ils se décolorent; la couleur n'est donc pas minérale ;

« 2° Traités par l'acide chlorhydrique, ils sont privés de leur phosphate de chaux : la matière restant sur le filtre, soumise aux réactifs suivants, donne :

« Par l'acide chlorhydrique, du rouge; par l'ammoniaque, du bleu; par l'alun, du rouge ; par le cyanure de potassium, du bleu.

« La couleur est de l'*orseille* ou tournesol.

« Le squelette que vous avez trouvé coloré en violet a été probablement imprégné de cette couleur par infiltration dans les terres d'une fabrique de teinturerie ; si vous avez trouvé le corps dans le quartier des Gobelins, je crois que l'explication est rationnelle par la quantité de teinturiers habitant ce quartier.

« Je vous laisse le soin d'une meilleure explication. »

L'idée ingénieuse contenue dans cette note serait irréfutable, si la pierre d'un grain fin et blanc qui compose le sarcophage avait la même teinte que les os. Nous nous expliquons difficilement que la teinture ait pénétré au travers du couvercle sans laisser celui-ci imprégné de la même couleur.

IX° OU X° SIÈCLE

Dans le champ de sépulture situé derrière l'ancienne église Saint-Hippolyte (boulevard Arago, 5), nous rencontrâmes dans la fosse 16 un sarcophage à rainures recevant couvercle, remarquable par ses proportions colossales. Il ne mesurait pas moins de 2^m20 de longueur sur 0^m41 de largeur et 0^m55 de hauteur ; le couvercle avait 0^m35 d'épaisseur ;

nement par un virus animal, et ne voyons-nous pas encore, pour corroborer cette interprétation, l'influence du traitement réparateur, tonique, antipyrétique et antizymotique? — Nous pouvons en outre y joindre une preuve anatomique. Elle nous est fournie par l'examen que nous avons fait de quelques gouttes de sang extraites de la pulpe d'un doigt de notre blessé et conservées dans un tube capillaire et dans de la parafine. Ce liquide ne s'était pas coagulé quinze jours après son extraction, et n'avait à cette époque aucune odeur putride. Traité par l'eau et l'acide acétique dilué, il nous a montré la dissociation des hématies. Nous savons que cette partie de notre travail est incomplète, qu'il y manque des recherches microscopiques et la culture des éléments anormaux que le sang nous aurait peut-être fournis et enfin les expériences qu'avec ceux-ci nous aurions pu faire pour juger ensuite avec toutes les pièces du procès en mains. Notre but a été plus modeste, nous avons pensé qu'il y avait une forte présomption pour admettre le diagnostic d'empoisonnement par un virus animal indéterminé et que ce fait méritait de fixer l'attention.

Nous avons cru pour cette raison, qu'il était de notre devoir de publier cette note qui pourra servir d'étude aux physiologistes et à ceux qui s'occupent de pathologie expérimentale.

Note sur l'emploi du cascara sagrada (Rhamnus purshiana),

Par le docteur Paul LANDOWSKI.

Depuis quelque temps, on emploie en Amérique un nouveau purgatif, le *cascara sagrada*. J'ai fait venir une certaine quantité de la plante en question pour l'expérimenter à mon tour (1), et, m'étant très bien trouvé de ce nouvel agent thérapeutique, je viens le recommander à mes confrères. J'ai prié notre éminent thérapeutiste, M. Dujardin-Beaumetz, d'essayer le nouveau médicament dans son service, ce qu'il a fait avec la bonne grâce qui lui est habituelle et sa haute compétence reconnue. Un élève distingué du service, M. le docteur Eymeri, en a fait le sujet de sa thèse inaugurale passée dernièrement; je renvoie donc, pour tous les détails botaniques, chimiques et physiologiques, ainsi que pour les observations, à ce travail très complet, et je me borne ici à quelques lignes seulement.

(1) Je remercie M. Limousin de m'avoir procuré le cascara qui a servi à mes essais.

---

enfin la hauteur totale du monument était de 0m90, proportions rares dans nos monuments funéraires parisiens.

Le vide de ce sarcophage en pierre était occupé en partie par un cercueil de plomb, dont le couvercle était affaissé sous le poids des terres qui avaient pénétré dans le sarcophage. Les os de la tête n'étaient pas bien conservés. Les condyles tombaient en poussière au moindre contact. Un fémur seul était en parfait état, mais taché d'une multitude de points noirs plus petits qu'une tête d'épingle ; c'étaient des trous presque imperceptibles. Impossible de dire à quoi nous devons attribuer cette conservation remarquable d'un fémur.

Déjà, lors des fouilles de la rue Nicole, semblable phénomène avait été constaté par moi et étudié par Broca. Sur cette sépulture avait été inhumé postérieurement un second individu dans un cercueil en planches de chêne reliées par des clous de 0m15 de longueur. Le squelette ne mesurait pas moins de 2m20 (1) et appartenait à un sujet devant dépasser 50 ans. L'ossature était très fraible, et plus grêle que de coutume. Les saillies osseuses étaient moins accusées que chez l'homme de taille moyenne, les épaules très étroites, le radius et le cubitus très minces, le poignet d'une finesse extraordinaire. Le fémur, malgré sa longueur, n'avait que le diamètre ordinaire chez un homme de taille moyenne. L'extrémité inférieure du tibia était aussi d'une grande faiblesse.

J'ai exploré à Paris plus de 800 sépultures appartenant à diverses époques. D'après ce

(1) Quinze personnes ont été témoins de cette découverte : MM. Magne, Marfaing, Renneson, Delavaux, etc.

Le cascara sagrada (écorce sacrée) est l'écorce du Rhamnus purshiana, une rhamnacée assez répandue sur la côte pacifique de l'Amérique du nord. Nos confrères américains l'emploient à l'état d'extrait fluide, et c'est sous cette forme que j'ai commencé à m'en servir.

Ayant remarqué que l'extrait fluide n'était pas toujours de composition et d'action uniformes, j'ai pris le parti de faire usage simplement de l'écorce pulvérisée en cachets.

Je commence généralement par un cachet de 0,25 centigrammes, pris une fois par jour, après dîner. Très souvent cette dose suffit pour obtenir, le lendemain, une selle abondante et facile. Si l'effet ne se produit pas, je fais prendre deux cachets de 0,25 centigrammes par jour, l'un après déjeuner, l'autre après dîner. Généralement, cette quantité est suffisante, et il est rare qu'on soit obligé d'augmenter encore la dose, ce qu'on peut faire sans inconvénient aucun, en se souvenant cependant qu'à la dose de 1 gramme, on obtient généralement des effets purgatifs assez considérables.

Nous possédons déjà tant de purgatifs divers que je ne croirais pas nécessaire d'attirer l'attention sur le cascara sagrada, si son emploi ne présentait les particularités suivantes : 1° Le médicament dont il s'agit purge facilement, généralement sans coliques, à la dose relativement petite de 0,50 centigrammes à 1 gramme; 2° non seulement son emploi ne produit pas l'anorexie, mais, au contraire, il excite l'appétit; 3° ce qui est surtout digne de remarque, c'est qu'au bout de dix à quinze jours d'emploi, on peut souvent supprimer le médicament sans que les fonctions, désormais rétablies, se ralentissent. Si, au bout d'un certain temps, la constipation revient, on n'a qu'à recourir de nouveau, pendant trois ou quatre jours, au médicament pour rétablir la régularité des selles.

Pour me résumer, je considère l'écorce du Rhamnus purshiana comme un excellent purgatif à la dose de 0,50 centigrammes à 1 gramme, et comme un régularisateur très efficace des fonctions digestives à la dose de 0,25 à 0,75 centigrammes, pris journellement pendant dix à quinze jours. Son usage est surtout précieux dans les cas où la constipation reconnaît pour cause l'atonie intestinale.

L'effet du nouveau médicament est assez fidèle, et j'ai rencontré peu de sujets rebelles à son action. Il est cependant évident que le Rhamnus purshiana partagera avec tous les autres moyens thérapeutiques l'inconvénient de ne pas produire toujours des effets identiques, suivant le *terrain* auquel il s'adresse. Aussi serait-il inutile de s'obstiner chez des sujets auxquels la dose de 0,50 à 0,75 centigrammes, employée pendant plusieurs jours, ne produirait aucun effet. Il n'y a pas de médicaments universellement indiqués; le fer et le vin de quinquina, ces précieux agents, ont souvent fait plus de mal que de bien par l'obstination qu'on met à les employer sans indications formelles. Il en serait probablement de même du Rhamnus purshiana, s'il était employé inconsidérément; mais, quand il réussit, je ne crois pas que nous ayons un meilleur moyen à notre disposition pour combattre la constipation opiniâtre.

---

que j'ai pu voir, la taille humaine ne dépasse pas la moyenne de $1^{m}66$ à $1^{m}67$; il y a loin de cette taille à la stature exagérée que l'on attribuait aux Gaulois et aux Romains. J'ai remarqué aussi le nombre considérable de sépultures d'enfants ; témoins les chiffres suivants que j'ai relevés sur un total de 77 sépultures : adultes, 19 ; enfants de 1 à 12 mois, 4 ; de 13 mois à 5 ans, 13 ; de 5 à 10 ans, 22 ; de 10 à 15 ans, 19.

E. Toulouze.

Coton salicylé.

Acide salicylique pulv.	10	grammes.
Alcool concentré.	100	—
Glycérine.	1	—
Coton purifié.	100	—

On fait dissoudre de l'acide salicylique dans l'alcool, on ajoute la glycérine, on sature de cette solution le coton purifié, on l'exprime, on le sèche, puis on le détire et on le conserve dans des flacons bouchés. — N. G.

BIBLIOTHÈQUE

Etude critique sur le traitement du tétanos par l'hydrate de chloral, par le docteur Maestrati. — Paris. Davy, 1884.

La clinique récente (octobre 1884) de M. le professeur Verneuil sur le traitement du tétanos suffirait à démontrer, s'il en était besoin, l'utilité de revenir sur une question en apparence rebattue, et à légitimer l'intéressant travail de M. Maestrati, qui s'est efforcé de suivre le conseil de l'éminent professeur : « Quand il s'agit de méthodes également recommandables, disait cette année même M. Verneuil, je fais la sélection en comparant les médications rivales au triple point de vue de l'*efficacité*, de la *bénignité*, de la *facilité*. » Telle est d'ailleurs la devise que M. Maestrati place en tête de sa thèse, et qui nous assure une étude critique marquée au coin de l'honnêteté et de l'impartialité scientifiques, digne en un mot du maître qui l'a inspirée et de l'auteur qui a su se montrer à la hauteur d'une tâche aussi délicate que difficile.

La médication chloralée passa d'abord par une phase d'engouement, qui suivit la découverte de Liebreich, puis par une phase de dépréciation, que traduisait M. Després à la Société de chirurgie (mars 1876) en disant que le chloral était un poison qui abrégeait la vie des tétaniques, et qui tuait quelquefois ceux que la nature aurait spontanément guéris ! Heureusement pour le chloral, des recherches plus suivies, des observations plus nombreuses, la thèse de Chopart, les communications de M. Verneuil ramenèrent la confiance à ce mode de traitement qu'acheva de réhabiliter la revue si remarquable de M. Richelot sur les tétanos. (Rev. Hayem, 1878.)

Dans un premier chapitre, l'auteur démontre l'*efficacité* du chloral dans le tétanos, en s'appuyant sur un grand nombre d'observations, tirées des thèses de Chopart, Gardarianu, Piéchaud et de recueils médicaux étrangers, toutes plus probantes les unes que les autres. Dans le second chapitre, M. Maestrati passe en revue les cas malheureux dans lesquels le médicament a été incriminé, et nous montre que le chloral n'est dangereux que s'il est mal administré. Des doses considérables — jusqu'à 20 et 25 grammes en vingt-quatre heures — ont pu être ingérées impunément, et, outre sa *bénignité*, la médication chloralée comparée aux autres traitements a paru être la plus inoffensive. Quant au mode d'introduction du chloral dans l'économie, la voie digestive est la meilleure et la plus *facile* à suivre, que le chloral soit donné en potion ou en lavement. Les injections intra-veineuses préconisées par M. Oré (de Bordeaux) — que nous avons vu employer sans succès dans deux circonstances différentes par notre excellent maître M. Tillaux — doivent être rejetées malgré leur action rapide et salutaire en apparence, ainsi que les injections hypodermiques. Il faut administrer le chloral autant que possible par la bouche, et le donner à doses progressives, variables avec l'idiosyncrasie du sujet et la marche de la maladie. La quantité nécessoire et suffisante est celle qui fait cesser les spasmes musculaires, et procure le calme au pauvre tétanique. Toujours est-il qu'il faut la renouveler fréquemment à cause de l'action fugace du chloral, si bien démontrée par M. Vulpian. Enfin le chloral peut être associé à d'autres antispasmodiques, tels que la morphine, le bromure de potassium, etc., et l'on doit citer comme auxiliaires puissants de ce médicament le repos, l'immobilité, l'isolement et la chaleur, précautions qui résument les conditions générales les plus favorables à la prophylaxie des accès, et qu'on pourrait appeler, selon nous, l'*hygiène des tétaniques*.

Nous regrettons que l'auteur n'ait pas cru devoir nous dire un mot du tétanos idiopathique, *a frigore* (ne fût-ce que pour l'éliminer), sur lequel la médication chloralée nous a paru souvent avoir une efficacité incontestable, presque inespérée. Quoi qu'il en soit, le travail de M. Maestrati démontre amplement les avantages et la supériorité de l'hydrate de chloral dans le traitement du tétanos, et l'index bibliographique très bien fait, qu'il a mis à la fin, complète heureusement sa consciencieuse étude. — M. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 22 décembre 1884. — Présidence de M. Rolland.

Encore une séance d'élection ; il s'agissait de remplacer M. Paul Thénard. La section d'économie rurale présentait la liste suivante de candidats :

En première ligne, M. Jules Reiset; en seconde ligne, et par ordre alphabétique, MM. Le Bel, Dehérain, Duclaux, Aimé Girard, Müntz.

Sur 55 votants, M. Jules Reiset (l'ancien collaborateur de Regnault) a obtenu 55 suffrages, l'unanimité.

Depuis l'élection de feu M. Puisieux, le fait ne s'était pas produit.

Revenons au commencement de la séance; M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL donne lecture de l'ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. Mascart.

Sur l'invitation du PRÉSIDENT, le nouvel académicien prend place parmi ses confrères.

M. FAYE fait hommage à l'Académie, au nom du bureau des longitudes, de la « Connaissance des temps » pour l'année 1886, et de l' « Annuaire du bureau des longitudes » pour l'année 1885.

M. CAILLETET lit une note destinée à établir ses droits de priorité contre M. Amagat.

M. GAUDRY dépose sur le bureau, de la part de M. Stanislas Meunier, un volume intitulé : « Paléontologie de la France », et comprenant la description des animaux et des végétaux fossiles de notre pays.

M. VULPIAN communique le résultat des expériences faites par M. Grasset (de Montpellier) avec le chlorhydrate de cocaïne sur lui-même et sur quelques personnes de son entourage. Employé en frictions, le chlorhydrate de cocaïne ne détermine aucune anesthésie; mais, en injection sous-cutanée, il rend la peau absolument insensible dans la région qui est en rapport direct avec l'injection. Ainsi, 1 centimètre cube de cocaïne au centième anesthésie une portion de peau de 3 centimètres de diamètre environ. L'insensibilité reste limitée à cette région, et dure vingt minutes.

M. GOSSELIN présente une note de M. G. Colin sur la transmission de la tuberculose aux grands ruminants.

« Les inoculations tuberculeuses, qui n'ont guère été pratiquées sur les grands animaux, y offrent un intérêt particulier. à cause des proportions que peuvent prendre leurs effets dans le système lymphatique et un grand nombre de viscères. Le procédé que j'ai employé pour les effectuer consiste à introduire dans le tissu cellulaire, qui est de tous le plus favorable à la conservation et à la multiplication des éléments tuberculeux, une goutte de pulpe avec une lamelle mince de tubercule emprunté à un animal récemment tué. Au voisinage d'un ganglion, où aboutissent de nombreux vaisseaux blancs, l'absorption des éléments virulents se fait sûrement et leur marche est suivie avec facilité. L'insertion dont il s'agit donne les résulats suivants :

« Au point où elle a lieu, une tumeur se développe rapidement et s'ouvre dès la fin de la deuxième semaine; son orifice s'agrandit par ulcération. Il se forme une sorte de caverne béante, à contenu caséeux, comparable à celles du poumon et dans les parois de laquelle surgissent de nombreuses granulations tuberculeuses. En même temps, le premier ganglion placé sur le trajet de la lymphe provenant du foyer d'inoculation se tuméfie et devient tuberculeux, soit en masse, soit dans une foule de points.

« Ce travail une fois opéré, tout peut s'arrêter là. La caverne s'oblitère ou demeure ouverte; les tubercules de sa coque, comme ceux du ganglion, deviennent plus ou moins crétacés. Le reste du système lymphatique, vaisseaux et ganglions, les membranes séreuses, le poumon, le foie et les autres viscères, ne se chargent d'aucune granulation tuberculeuse. Il n'y a ni fièvre, ni amaigrissement, et la croissance de l'animal se continue proportionnellement à l'abondance de l'alimentation.

« Au contraire, surtout chez le jeune animal dont l'aptitude à la tuberculisation est à son maximum, le travail local peut continuer à s'étendre dans toute la moitié du système lymphatique correspondant au côté de l'alimentation. jusqu'au point de déversement de la lymphe virulente dans la circulation générale. Ainsi, sur nos bêtes bovines, le tubercule inséré au flanc va envahir successivement le ganglion précrural, les prépelviens, les lombaires, la chaîne satellite de l'aorte postérieure, jusqu'à l'abouchement du canal thoracique ou du tronc lymphatique droit. A compter de ce moment, les éléments tuberculeux arrivés dans le sang se disséminent dans les grandes séreuses, le foie, la rate et surtout dans le poumon, où le tubercule prolifère avec une extrême facilité Ce dernier, à lui seul, peut se charger de plus de mille tuberculeux pisiformes, dont un seul représente en poids la matière virulente offerte à l'absorption. Entre le deuxième et le troisième mois, la tuberculisation est déjà si avancée que l'animal cesse de croître, commence à maigrir, à perdre ses forces, à devenir anémique, enfin à présenter les symptômes caractéristiques de la phthisie confirmée.

« Les expériences faites sur les grands animaux donnent le moyen de mesurer exactement la période d'incubation des éléments tuberculeux, de déterminer le temps que les tubercules mettent à passer à l'état de granulations transparentes et celui qu'ils mettent à éprouver leurs divers modes de dégénérescence. »

— A quatre heures un quart, l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 13 décembre 1884. — Présidence de M. Polaillon.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

La correspondance imprimée comprend : La *Gazette médicale de Picardie,* — le *Compte rendu général des Sociétés médicales,* — les *Annales des maladies des organes génito-urinaires,* — le *Journal d'hygiène,* — le *Concours médical,* — le *Journal des sages-femmes,* — la *Revue de clinique médico-chirurgicale,* — l'*Odontologie,* — le *Progrès médical,* — la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale,* — les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx,* — la *Revue d'hydrologie pyrénéenne.*

Une brochure de M. Peruzzi Dott. Domenico : « Nota sulla 5e centuria d'ovariotomie in Italia sulle operazioni affini e sulla ooforectomia. »

M. Camille Gros remercie la Société de l'avoir nommé membre correspondant.

M. Gillebert d'Hercourt père demande le titre de membre honoraire.

M. de Ranse présente, au nom de M. Borlée, membre de l'Académie de Belgique, une série de brochures intitulées : « Note sur un cas d'hématocèle enkystée et ancienne du cordon spermatique ». — Choix d'observations chirurgicales : « Opérations importantes suivies de : De l'importance de l'ophthalmologie et de ses rapports avec la médecine ». — « Tumeur énorme de l'abdomen; ovariotomie; extirpation de l'utérus; guérison ». — « Nouveaux faits de guérison dans les lésions traumatiques et les fractures compliquées de la jambe, obtenues à l'aide du pansement à l'alcool camphré ». — « Observations cliniques de quelques lésions traumatiques de la colonne vertébrale ». — « Etudes cliniques sur l'ophthalmie rhumatismale et son traitement : Ophthalmie gonorrhéique intense aux deux yeux; guérison après un traitement long ». — « Observations chirurgicales ».

A propos du procès-verbal, M. Perrin rappelle que, dans une des dernières séances, il a cherché à démontrer, à l'occasion d'une discussion sur la transmissibilité du choléra à laquelle avait pris part M. le docteur Abadie, que l'importance que l'on accorde aujourd'hui aux matières fécales comme le véhicule, par excellence, du germe cholérique, était sûrement exagérée. A l'appui de son opinion, il avait rappelé, après enquêtes directes faites par lui, notamment dans l'épidémie cholériques de 1865, que les vidangeurs et les égoutiers n'avaient pas été plus frappés par le fléau que les ouvriers d'une foule d'autres professions réputées salubres. Or, dans l'épidémie de choléra actuelle, la même immunité relative s'est également montrée en faveur des vidangeurs et des égoutiers en question.

Il résulte, en effet, d'une *Note statistique* du choléra dans les hôpitaux, rédigée par M. Emile Rivière, et analysée par M. Bouley, dans la séance du 1er décembre, à l'Académie des sciences, que pas un seul vidangeur n'a été atteint, et que deux égoutiers seulement ont été malades dans le cours de la présente épidémie. — M. Boussingault rappelant, à cette occasion, que, lors de l'épidémie de 1832, les mêmes constatations avaient été faites, ajoutait avec raison, comme nous l'avons affirmé nous-même, qu'il y a vraisemblablement beaucoup à rabattre de l'opinion, presque exclusivement admise aujourd'hui, de la transmission du choléra par les fosses d'aisances.

M. Abadie : Depuis quelques jours, des découvertes très importantes viennent d'être faites en bactériologie, qui, à mon avis, éclairent d'un nouveau jour la question de la transmissibilité du choléra.

D'une part, Koch, en voulant contrôler les expériences de Pasteur sur l'atténuation du virus charbonneux, a trouvé que, si l'on donne à des moutons une alimentation à laquelle on mélange des bactéridies adultes dépourvues de spores, les animaux ne contractent pas le charbon, les bactéridies sont détruites par les sucs contenus dans l'estomac. Mbis si les aliments fournis à ces animaux renferment des spores, ils succombent rapidement, et sans exception, au charbon suraigu.

Nous retrouvons là ce caractère général propre aux microbes, à savoir : que leurs spores résistent à une foule d'agents destructifs, froid, chaleur, antiseptiques, sucs intestinaux, alors qu'eux-mêmes possèdent un degré beaucoup moindre de résistance. En outre, ces expériences démontrent que les propriétés virulentes pathogènes appartiennent plus spécialement aux corpuscules germes.

D'autre part, dans une note adressée à l'Institut, M. Carillon nous fait savoir que, d'après ses recherches, les bacilles virgules du choléra sont rapidement détruits par la dessiccation, ainsi que l'a établi Koch; mais il n'en est plus de même de leurs spores, qui résistent, conservent leur virulence et se développent quand elles se retrouvent dans un milieu favorable.

Je le répète, ces faits nouveaux me paraissent expliquer bien des points jusqu'ici incompréhensibles dans la propagation du choléra. Il est aujourd'hui à peu près incontestable que la transmission de la maladie peut se faire à la fois par l'intermédiaire de l'atmosphère, et aussi par les liquides et solides ingérés dans le tube intestinal.

Par l'atmosphère, au moyen des spores qui sont transportables par l'air et constituent l'élément le plus virulent;

Par les liquides souillés par les déjections qui peuvent renfermer à la fois des bacilles virgules et leurs germes.

Heureusement pour lui, M. Bochefontaine, en faisant sa courageuse, mais peu démonstrative expérience, a bien absorbé des bacilles virgules qui sont détruits par le suc gastrique, mais non des spores qui résistent. Sans cela, il est probable qu'il eût eu bel et bien le choléra.

M. Lunier présente le rapport à l'Association générale des médecins de France, au sujet de la proposition de loi sur l'exercice de la médecine, — et son travail : « Du mouvement de l'aliénation mentale en France de 1835 à 1882.

M. Thorens lit, au nom de M. Pineau, membre correspondant, une observation d'ecthyma infantile gangréneux.

M. Dubuc présente le rapport de la commission sur les candidatures à une place vacante de membre honoraire. Les conclusions en sont adoptées et l'élection aura lieu dans la prochaine séance.

M. Abadie lit un rapport favorable à la candidature de M. Dehenne au titre de membre titulaire. L'élection aura lieu à la prochaine séance.

Après le dépouillement du scrutin pour le renouvellement des membres sortants du bureau, M. le Président proclame membres du bureau de la Société de médecine de Paris pour 1885 :

M. de Beauvais, président
M. Gillebert D'Hercourt père, vice-président.
M. Thorens, secrétaire général.
M. Perrin, trésorier.
M. Rougon, architecte.
MM. Christian et Deligny, secrétaires annuels.
MM. Polaillon et Richelot, membres du conseil d'administration.
MM. Thevenot, Dubuc, Marchal et Apostoli, membres du comité de rédaction.

— La séance est levée à six heures.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 14 au 20 décembre 1884. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1,018 — Fièvre typhoïde, 29. — Variole, 2. — Rougeole, 41. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 5. — Diphthérie, croup, 41. — Choléra, 3. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 6. — Infections puerpérales, 4. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite tubercul. et aiguë), 42. — Phthisie pulmonaire, 161. — Autres tuberculoses, 22. — Autres affections générales, 53. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 54. — Bronchite aiguë, 46. — Pneumonie, 83. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 27; au sein et mixte, 19 ; inconnues, 7. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 109 ; circulatoire, 67 ; respiratoire, 63 ; digestif, 57 ; génito-urinaire, 19 ; de la peau et du tissu lamineux, 11 ; des os, articulat. et muscles, 12. — Morts violentes, 24. — Causes non classées, 8.

Le service de Statistique a compté, pendant la semaine dernière, 1,018 décès au lieu de 979 qui avaient été enregistrés pendant la semaine précédente.

La comparaison des chiffres des dernières semaines montre une légère aggravation pour quelques maladies épidémiques. La Fièvre typhoïde (29 décès au lieu de 24) n'a subi qu'une augmentation insignifiante. Mais la Rougeole (41 décès au lieu de 32) augmente de fréquence sans être sortie d'ailleurs des quartiers sur lesquels nous avons dû attirer l'attention. Les quartiers excentriques du nord de Paris sont les seuls quartiers de la ville qui soient éprouvés par cette maladie.

Les quartiers des Grandes-Carrières (6 décès), de la Villette (2 décès), d'Amérique (4 décès), de Belleville (5 décès), du Père-Lachaise (3 décès) présentent à eux seuls plus de décès par Rougeole que tout le reste de la ville ensemble. Si la Rougeole demande à être surveillée dans ces faubourgs, nous avons la satisfaction de voir diminuer l'état épidémique qui régnait depuis longtemps dans l'arrondissement des Gobelins.

La Diphthérie (41 décès au lieu de 31 la semaine dernière et 22 la semaine précédente) présente également une certaine recrudescence. Les faubourgs du nord sont surtout atteints, mais il faut noter surtout les cas très nombreux de l'arrondissement de Popincourt qui a compté 8 décès dus à cette maladie.

Les autres maladies épidémiques continuent à être rares. La Variole (2 décès dans chacune des deux semaines), la Scarlatine (3 décès au lieu de 5), la Coqueluche (5 décès au lieu de 7) restent à peu près stationnaires.

La Bronchite aiguë (46 décès au lieu de 49) et la Pneumonie (83 décès au lieu de 93) conservent un taux assez peu élevé pour la saison.

La Diarrhée infantile (athrepsie) a causé 53 décès au lieu de 47. Ces nombres sont peu élevés parce que la température est froide ; ils pourraient être moindres encore si les parents veillaient avec plus de soin à la propreté et à la bonne alimentation de leurs enfants. Comme toujours, le plus grand nombre de ces décès ont lieu dans les quartiers excentriques.

On a célébré pendant la semaine dernière 339 mariages. On a enregistré 1,116 naissances d'enfants vivants (608 garçons et 558 filles) dont 830 légitimes et 336 illégitimes. Parmi ces derniers 62 ont été reconnus immédiatement par un des parents ou par les deux. On a déclaré en outre 91 mort-nés ou enfants morts avant l'inscription sur le registre des naissances, dont 63 légitimes et 28 illégitimes.

Dr JACQUES BERTILLON,
Chef des Travaux de la Statistique municipale de la Ville de Paris.

Faculté de médecine de Paris.

THÈSES DE DOCTORAT DU 22 AU 27 DÉCEMBRE 1884.

Lundi 22. — Pas de thèses.

Mardi 23. — M. Sené : Étude sur quelques cas d'atrophie musculaire produite par les tumeurs malignes de la colonne vertébrale. (Président : M. Brouardel.) — M. Goudal : De l'aliénation mentale chez les vieillards. (Président : M. Brouardel.) — M. de Casaubon : Hystérie chez les jeunes garçons. (Président : M. Brouardel.) — M. Gourichon : Du traitement de la pleurésie par les pointes de feu. (Président : M. Brouardel).

Mercredi 24. — M. Quéhery : Contribution à l'étude des diabétides gangréneuses : (Président : M. Fournier.) — M. Pauzat : Traitement de la fissure hémorrhoïdaire par le capsicum. (Président : M. Fournier.) — M. Pourrat : Des troubles urinaires compliquant les tumeurs fibreuses de l'utérus. (Président : M. Damaschino.) — M. Lebreton : Etude sur les complications pulmonaires du rhumatisme et de l'arthritisme. (Président : M. Damaschino.)

Jeudi 25. — Pas de thèses.

Vendredi 27. — M. Marey : Contribution à l'étude de la leucocythémie. (Président : M. Potain.) — M. Pennel : Traitement de l'ankylose angulaire du genou par l'ostéotomie linéaire du fémur. (Président : M. Lannelongue).

Samedi 27. — M. Metzger : De la lypémanie anxieuse. (Président : M. Ball.) — M. Deschamps : Diagnostic et traitement du cancer de l'estomac. (Président : M. Proust.)

COURRIER

En annonçant, samedi dernier, la fondation du Congrès français de chirurgie, nous avons omis d'ajouter que toutes les communications doivent être adressées à M. le docteur Pozzi, 10, place Vendôme, à Paris.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs

Sommaire

De la valeur diagnostique de la roséole typhoïde dans les formes abortives de la dothiénentérie (1).

Nous avons été souvent frappé de l'aspect si varié que présente l'éruption des taches rosées lenticulaires de Louis dans la fièvre typhoïde. Tantôt elles manquent complètement; tantôt elles sont très rares, et demandent à être cherchées avec soin; tantôt elles sont, au contraire, presque confluentes et simulent une éruption généralisée. Leur siège est aussi très variable; parfois localisées à l'abdomen, à l'épigastre ou à la poitrine, elles sont d'autres fois plus abondantes dans les régions dorsale et lombaire; elles peuvent enfin se rencontrer sur les membres, exceptionnellement à la face. Deux faits récents que nous venons d'observer, et le souvenir de cas analogues soignés à la Maison municipale de santé, pendant l'épidémie de l'automne de 1882, dans le service de notre excellent maître, M. Ed. Labbé, nous ont engagé à faire quelques recherches sur ce que les auteurs sont convenus d'appeler la *roséole typhoïde*.

I

Il est, en médecine, peu de symptômes qui méritent d'une façon absolue le qualificatif de « pathognomoniques », et, tout en les recherchant avec d'autant plus de soin qu'ils permettent d'affirmer la certitude du diagnostic trop souvent incertain, il faut se défendre de leur invincible attrait et ne pas les voir « toujours et quand même ». Aussi ne doit-on pas négliger les autres signes dont la réunion peut aussi former un ensemble pathognomonique. Que la roséole typhoïde vienne, par exemple, à manquer dans le cours d'une dothiénentérie, il n'en résultera pas moins pour le clinicien la possibilité de porter le diagnostic, quand il verra réunis chez un même malade des symptômes déterminés, tels que la diarrhée, le gargouillement iléo-cœcal, la mégalo-splénie, le dicrotisme du pouls, la sécheresse fuligineuse de la langue, les râles bronchiques, etc.

Delarroque (2) regardait comme pathognomonique la réunion des quatre symptômes suivants : la stupeur, la dilatation des pupilles, la pulvérulence des narines et le gargouillement iléo-cœcal.

Tout en admettant la valeur diagnostique des taches rosées lenticulaires, la plupart des auteurs, sachant qu'elles peuvent manquer dans certains cas, ou exister dans le cours d'affections qui n'ont rien de commun avec la dothiénentérie, reconnaissent leur importance capitale, mais font, à propos de leur « pathognomonie », une légère restriction.

« Les taches roses, lenticulaires, de la peau, dit Louis (3), ont beaucoup d'importance, puisqu'elles existent dans *presque* tous les cas, et sont *fort rares* dans d'autres maladies aiguës..... »

---

(1) La rédaction de cet article était terminée quand nous avons lu l'intéressante note publiée dans les *Archives gén. de méd.* (numéro d'octobre) par M. Juhel-Rénoy, sur *deux cas de roséole dite typhoïde observée dans le cours de deux affections indéterminées.* Quoique nos conclusions soient un peu différentes, et malgré l'autorité de M. Juhel-Rénoy, dont la grande réserve prouve le haut sens clinique, nous n'avons pas cru devoir les modifier, et laissons au lecteur le soin de les apprécier.

(2) Mém. sur la fièvre typhoïde (1839).

(3) *Traité de la fièvre typhoïde*, 2e édition, t. II, p. 185.

« Les taches roses, lenticulaires, dit Valleix (1), constituent un symptôme important. Ces taches ont une couleur qui varie du rose pâle au rose foncé; elles sont arrondies et font une légère saillie que l'on constate en promenant légèrement le doigt sur la peau. Leur diamètre varie de deux, trois ou quatre millimètres au plus; elles disparaissent par la pression..... Les taches ne se montrent pas dès le premier jour; le plus souvent, c'est du septième au dixième jour. La durée totale de l'éruption varie entre trois et dix-sept ou dix-huit jours, parfois davantage..... Cependant, il est certain que, dans quelques cas, on ne trouve pas d'éruption; j'en ai vu des exemples, quoique les malades fussent examinés jour par jour depuis une époque rapprochée du début. M. Louis a vu trois cas semblables à la Pitié, et les autres observateurs en ont signalé un certain nombre. »

« La présence de ces taches, écrit Littré (2), mérite une grande attention, attendu qu'elles sont très fréquentes dans la dothiénentérie, et très rares dans les autres affections aiguës. »

Rilliet et Barthez s'expriment ainsi dans leur *Traité des maladies des enfants* (3) : « L'éruption des taches rosées lenticulaires présente, chez l'enfant, des caractères analogues à ceux qu'elle offre chez l'adulte..... Les taches rosées lenticulaires ne sont pas constantes dans l'affection typhoïde. Nous l'avions déjà dit, et les faits nouveaux que nous avons recueillis en modifiant un peu le chiffre de fréquence (trois quarts au lieu de deux tiers des malades) ne nous ont pas moins prouvé que l'éruption manquait assez souvent. En outre, les taches existent dans d'autres affections qui ne sont pas des fièvres typhoïdes; ainsi, nous en avons vu chez deux malades qui ont succombé à des entérites graves; chez d'autres, atteints de gastrite légère; dans tous ces cas, il est vrai qu'elles ont été peu abondantes et de courte durée. »

Ainsi, tous ces auteurs, à côté desquels nous pourrions citer Griesinger, Homolle, Jaccoud, Dieulafoy, N. Gueneau de Mussy, attribuent aux taches rosées lenticulaires une valeur diagnostique considérable, *quand elles se montrent*, dit Homolle (4), *à leur date régulière, avec tous leurs caractères bien accusés*. Mais si, dans aucun cas, elles ne peuvent être un signe pathognomonique pour les deux raisons que nous avons déjà exposées, et sur lesquelles insistent ces auteurs, elles peuvent, croyons-nous, caractériser certaines *formes abortives* de la fièvre typhoïde, dont elles constituent à elles seules le principal symptôme, étant en quelque sorte la signature du diagnostic.

II

La fièvre typhoïde abortive, dont la plupart des auteurs francais niaient l'existence, fut confondue très longtemps avec un certain nombre d'affections mal déterminées, connues sous les noms de fièvre synoque, muqueuse ou éphémère. Cependant, en 1870, M. Guyot signalait à la Société médicale des hôpitaux (5) l'existence de formes abortives de la fièvre typhoïde, et peu de temps après M. Laveran (6), s'appuyant sur un certain nombre d'observations personnelles et sur les travaux des auteurs allemands, démontrait l'existence de la fièvre typhoïde abortive (*typhus levissimus* de Griesinger, *typhus abortif* de Lebert et de Niemeyer). « Il existe, dit cet auteur (7), une variété abortive de la fièvre typhoïde. Très commune

(1) Valleix. *Pathologie interne*, t. V, p. 457 et suiv.; 2e édition.
(2) Art. Dothiénentérie du *Dict. en XXX vol.*, 2e édition, t. X, p. 455.
(3) 2e édition, t. II, p. 583 et suiv.
(4) Art. du *Dict. de Jaccoud*, t. XXXVI.
(5) Rapport de M. Besnier, séance du 28 janvier 1870.
(6) *De la fièvre typhoïde abortive ou fébricule typhoïde*, par le docteur A. Laveran (*Arch. gén. de méd.*, 6e série, t. XV, p. 424.
(7) Mém., *loc. cit.*, p. 443 et *passim*.

dans certaines épidémies de fièvre typhoïde, la fébricule typhoïde s'observe aussi à l'état sporadique, mais alors elle est souvent méconnue, et décrite principalement comme une fièvre muqueuse ou synoque. La durée de la fébricule typhoïde est de dix-huit à six jours, peut-être moins, sa durée moyenne est de dix à onze jours... Les taches rosées, quand on les observe, constituent un signe d'une grande valeur; nous les avons rencontrées dix fois sur vingt-cinq cas, et deux fois l'éruption a été très abondante. »

Trousseau, dans son *Traité de thérapeutique* (1), paraît porté à faire rentrer dans la fièvre typhoïde les maladies décrites sous les noms de fièvres muqueuse et synoque, et Rilliet et Barthez semblent avoir observé des fièvres typhoïdes abortives de très courte durée chez des enfants « qui restent pendant huit à dix jours dans un état mixte entre la santé et la maladie. »

Tel était le cas des deux malades dont nous allons résumer l'observation, et chez lesquels l'apparition des taches rosées lenticulaires nous a permis de faire le diagnostic de fièvre typhoïde abortive.

Obs. — A. B..., âgé de 10 ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, d'une bonne constitution, n'a jamais eu d'autres maladies antérieures que la rougeole il y a deux ans. Je vois l'enfant pour la première fois le 9 septembre, à huit heures du soir. Sa mère m'apprend qu'il est souffrant depuis cinq à six jours, mais ne peut me donner que des renseignements assez vagues, parce que l'enfant était à Rouen chez une parente, qui, le voyant ainsi « traîner », le lui a renvoyé hier. Depuis hier, jour de son retour, il a une diarrhée jaune et fétide assez intense (douze selles en vingt-quatre heures) et a vomi deux fois dans la nuit. L'enfant paraît grognon et répond assez mal à mes questions. Je constate que la peau est chaude, le pouls est à 120. Le ventre un peu météorisé est sensible. Je recommande la diète, prescris une potion calmante, et remets au lendemain et au jour un examen plus complet.

Le lendemain 10, je constate l'état suivant : Le pouls est fréquent, la peau est chaude, T. 39. La langue est effilée, rouge et sèche; le ventre, légèrement météorisé, est un peu sensible à la pression, surtout au niveau de la fosse iliaque droite, la diarrhée persiste. L'enfant se plaint d'un grand mal de tête et tousse un peu. Je ne trouve rien à l'auscultation de la poitrine; mais je constate, en examinant le ventre, l'existence de trois ou quatre taches rosées, lenticulaires, disparaissant par la pression, et situées au pourtour de l'ombilic. J'en trouve deux ou trois autres dans la région lombaire. Traitement : diète lactée, quatre paquets de seigle ergoté de 0,20 centigr. chacun.

Le 11, même état. La diarrhée diminue un peu. Je trouve à l'auscultation de la poitrine quelques râles de bronchite très disséminés. Peu d'insomnie. Les taches rosées lenticulaires paraissent plus pâles. T. m. 39; T. s. 39,7.

Le 12, la diarrhée a sensiblement diminué; le ventre n'est plus sensible à la pression; *les taches rosées lenticulaires ont disparu.* La langue est toujours rouge et sèche. T. m, 38,5; T. s. 39,5. Je porte à cinq le nombre des paquets d'ergot de seigle à donner à l'enfant. Lait, limonade vineuse.

Dans les jours qui suivent, la diarrhée continue à diminuer, et pendant quatre jours l'enfant présente le matin une température variant entre 37,5 et 38, et, le soir, entre 38,5 et 39,4. Si ce n'est cette fièvre et une toux très légère, l'enfant ne présente aucun autre symptôme. Les nuits sont bonnes.

Le 17, l'enfant est sensiblement mieux. La diarrhée a complètement disparu; la langue est redevenue humide; la toux a cessé. L'enfant demande à manger. Je lui permets un œuf et fais diminuer d'un le nombre des paquets d'ergot de seigle. T. m. 37,5; T. s. 38.

Le 18, l'amélioration continue. La température est normale, matin et soir. L'enfant ne prend plus que 0,60 centig. d'ergot de seigle (en trois paquets).

Le 19, l'enfant commence à se lever : je lui fais continuer pendant cinq jours deux paquets d'ergot de seigle, et, quand je le revois le 22, je le trouve complètement guéri.

En résumé, nous voyons qu'il s'agit d'un enfant qui a fait une maladie dont la durée totale a été d'une douzaine de jours, et qui a présenté pen-

(1) Trousseau et Pidoux, 8e édition, t. I, p. 648.

dant six à huit jours une fièvre assez intense, et un état typhoïde assez peu marqué caractérisé par de la céphalalgie, un aspect spécial de la langue, du météorisme diffus de l'abdomen, de la diarrhée et quelques râles de bronchite. Nous avions tout d'abord réservé le diagnostic, le soir de notre premier examen, et pensé au début d'une fièvre éruptive ou à une simple indigestion. L'éruption des taches rosées lenticulaires, qui paraît avoir duré trois jours, — car il est probable qu'elles existaient dès le mercredi 9, — nous fit admettre une dothiénentérie à forme abortive. Fallait-il, au contraire, ne voir là qu'une fièvre éphémère, une gastro-entérite s'accompagnant l'une ou l'autre d'une éruption mal définie? Nous ne le pensons pas, d'autant plus que nous avons su depuis que l'enfant s'était trouvé dans un quartier où il y avait eu plusieurs cas de fièvre typhoïde, coïncidence qui plaide en faveur du typhus *levissimus*, et de l'exactitude de notre diagnostic.

Obs. II (résumée). — L..., âgé de 5 ans 1/2, d'une bonne constitution, n'a jamais eu de fièvres éruptives ni de maladies antérieures. Il a été pris de fièvre dans la nuit du 4 au 5 octobre 1884, et garde le lit depuis ce jour. Nous voyons l'enfant le 10 octobre; et nous constatons les symptômes suivants : céphalalgie; insomnie avec un peu de délire; diarrhée jaune et fétide; météorisme diffus et grande sensibilité du ventre. La température est toujours plus élevée le soir que le matin, et la fièvre plus intense. L'enfant a été purgé il y a trois jours, et ne prend que du lait et du bouillon. Nous conseillons de donner à l'enfant deux paquets de poudre d'ergot de seigle de 0,25 centigr. chacun, et de continuer le lait.

Le 11, l'enfant va beaucoup mieux. La nuit a été très bonne, et le pouls est tombé à 85. Le ventre est moins sensible.

Le 12, l'amélioration continue. Pouls à 80.

Le 13, l'enfant va bien. Pouls à 78. Nous constatons une éruption très nette de taches rosées lenticulaires, au nombre de sept ou huit, sur la face antérieure des cuisses. L'ergot de seigle est supprimé.

Le 14, l'enfant va très bien, et commence à manger. L'éruption a gagné l'abdomen et la partie inférieure du thorax. Plus de fièvre. Pouls à 64.

Le 15, l'enfant a repris ses occupations ordinaires. L'éruption, qui a disparu sur les cuisses, est manifeste sur le ventre et la poitrine, et gagne le dos dans les jours qui suivent. Ces taches disparaissent successivement suivant leur ordre d'apparition, et, le 20, cette éruption rubéolique a complètement disparu.

Peut-on admettre que cette éruption, survenant par poussées successives à la fin même de la maladie, est bien de la roséole typhoïde? Nous le croyons, nous fondant sur la date de l'apparition des taches, — au huitième jour d'une maladie mal caractérisée, dont la durée totale n'a été en réalité que de neuf jours, — l'aspect et la marche de l'éruption. Comme chez le malade précédent, les symptômes ont été très fugaces; et si, malgré l'absence de l'état typhoïde, qui manque le plus souvent, d'après Laveran, nous avons porté le diagnostic de fièvre typhoïde abortive, c'est qu'au moment même où l'enfant tombait malade, la bonne de la maison avait une fièvre typhoïde confirmée. La coexistence des deux maladies nous a permis de mettre une étiquette sur l'affection mal déterminée de notre petit malade, et de regarder comme de la roséole typhoïde l'éruption bizarre survenue à la fin de sa maladie.

Au point de vue de la transmission du contage, on peut se demander si c'est l'enfant qui a contagionné la bonne, ou si c'est l'inverse qui a eu lieu, comme cela paraît probable, la bonne ayant commencé à être malade trois jours avant l'enfant. Dans tous les cas, cette coïncidence nous a paru avoir une réelle valeur au point de vue de l'identité de la nature des deux affections. Enfin, chez nos deux malades, le traitement par l'ergot de seigle, préconisé par M. Duboué (de Pau), a paru nous donner d'excellents résultats, et l'amélioration subite et si marquée dans notre observ. II a coïncidé avec l'administration du médicament.

Nous pourrions rapprocher de ces deux observations l'histoire de deux malades que nous avons soignés à la Maison de santé pendant l'épidémie de 1882. Chez l'un et l'autre, l'éruption fut très manifeste et dura environ trois jours. Ils ne gardèrent le lit que quatre ou cinq jours, et la marche de l'affection aurait pu faire croire bien plutôt à un embarras gastrique fébrile qu'à une dothiénentérie. Cependant la coexistence de l'épidémie, l'aspect de l'éruption nous permirent de conclure à l'identité de la maladie, et de la regarder comme une fièvre typhoïde abortive. Et quand je dis nous, je devrais dire M. Ed. Labbé, dont la compétence fait autorité en matière de clinique, et nous permet d'affirmer la certitude du diagnostic.

III

Si maintenant nous essayons de tracer un court tableau d'ensemble de la fébricule typhoïde, nous comprendrons facilement pourquoi l'éruption de taches rosées lenticulaires a une valeur diagnostique si considérable. La plupart des symptômes étant très fugaces, presque négatifs, c'est elle seule qui caractérise pour ainsi dire la maladie, et permet d'éliminer un certain nombre d'affections, qui peuvent être confondues avec la fièvre typhoïde abortive. Mais il ne faut pas oublier que dans la fébricule typhoïde, comme dans la fièvre typhoïde régulière, l'éruption rosée peut manquer, et c'est en se fondant sur d'autres caractères, malheureusement moins précis, qu'on peut alors diagnostiquer la fièvre typhoïde abortive.

« La fièvre typhoïde abortive s'accompagne rarement de l'état typhoïde. Le plus souvent les malades n'éprouvent que de la fatigue, de la faiblesse générale, un peu de céphalalgie au début; la fièvre est pour ainsi dire l'unique symptôme de la maladie. Les taches rosées, quand on les observe, constituent un signe d'une grande valeur... La céphalalgie, qui accompagne presque toujours le début de la maladie, disparaît bientôt; il en est de même de l'insomnie, qui est rarement complète. Le plus souvent le ventre est légèrement météorisé. La diarrhée manque souvent au début, mais rarement elle fait défaut dans le cours de la maladie. La coexistence de la bronchite est un signe important; le plus souvent elle est fort légère. Les malades toussent peu, et l'auscultation ne revèle que quelques râles disséminés à la base de la poitrine et en arrière. La courbe thermique est identique à celle de la fièvre typhoïde normale, et la défervescence est fort caractéristique, se faisant par des oscillations plus ou moins étendues et jamais d'une façon brusque... La durée de la maladie est très variable et en moyenne de dix à douze jours. (1) »

Ainsi, nous croyons que la valeur diagnostique de la roséole typhoïde, si grande dans la dothiénentérie normale, est encore plus considérable dans les formes abortives de la fièvre typhoïde, par cela même que les symptômes en sont moins bien caractérisés. Tout en reconnaissant avec Trousseau (2) et Jaccoud (3) que les taches rosées lenticulaires « ne sont pas l'éruption caractéristique de la dothiénentérie, puisqu'elles peuvent ou manquer ou se rencontrer dans des affections autres que la fièvre typhoïde », nous pensons qu'elles peuvent être regardées comme pathognomoniques dans certains cas mal déterminés, analogues à ceux que nous avons rapportés dans le cours de ce travail, et qu'elles suffisent pour affirmer le diagnostic parfois si difficile de la fièvre typhoïde abortive.

Maurice Notta.

(1) Laveran, *loc. cit.*, p. 439, 440 et *passim*.
(2) Cliniques de l'Hôtel-Dieu, 6e édition, t. I, p. 218.
(3) *Traité de pathologie int.*, 5e édition, t. II, p. 433.

BIBLIOTHÈQUE

Nouvelle géographie universelle. — La terre et les hommes, par Elisée Reclus. T. X, *l'Afrique septentrionale*. — Première partie : *Bassin du Nil, Soudan égyptien, Ethiopie, Nubie, Egypte.*

Ce magnifique volume arrive à propos, lorsque la question égyptienne est agitée de toutes parts, lorsque les événements du Soudan, avec Khartoum et le général Gordon, excitent une légitime émotion. Nous médecins, nous ne pouvons être indifférents devant cette éloquente description d'un pays qui nous offre le siège antique de l'illustre Ecole d'Alexandrie, où, nous dit Sprengel, les princes alexandrins eux-mêmes « ne dédaignèrent pas d'étudier la structure de l'homme, et déracinèrent ainsi l'antique préjugé qui faisait ranger l'anatomie parmi les plus grands crimes. »

Envisagée d'une manière générale, l'Afrique est aujourd'hui une île immense, dont l'auteur étudie le sol dans tous ses détails, dans ses accidents, dans ses rares montagnes, dans ses grands fleuves, dont le cours interrompu par des rapides et des cataractes, ne se prête qu'à une navigation limitée, dans ses produits, et, en particulier, dans ses habitants, qui lui ont donné l'occasion d'exposer d'importantes considérations d'anthropologie et de physiologie.

Mais l'Afrique n'a pas toujours été une île. Indépendamment de l'isthme de Suez, qui du reste, n'existait point à l'époque tertiaire, la chaîne de l'Atlas s'unissait à celle de la Sierra Nevada, dans le sud-ouest de la péninsule ibérique, à l'époque où il n'y avait point de détroit de Gibraltar ; et, à la fin de la période pliocène, la Tunisie tenait à la Sicile et à l'Italie par une large zone de terre dont les deux îles maltaises sont un faible débris. En réalité, l'Afrique nord-occidentale, par sa géologie, son histoire naturelle et son climat, est une terre essentiellement méditerranéenne, ce qui faisait dire à Salluste qu'elle est une partie de l'Europe. Cette manière de voir a été parfaitement développée, en 1881, au *Congrès scientifique d'Alger*, par M. Pomel, directeur de l'Ecole supérieure des sciences de cette ville, dont la conférence peut se résumer ainsi : le littoral du midi de la France et celui du nord de l'Algérie sont semblables ; en Algérie, on n'est pas encore en Afrique ; ce n'est pas la Méditerranée, mais le Sahara, qui sépare l'Afrique de l'Europe ; on est en droit de dire que l'Algérie est le prolongement de la France. (*Union médicale* 1881).

Dans une série de dessins, l'auteur a mis sous les yeux du lecteur, au moyen de nuances diverses et de tracés, les lignes isothermes de l'Afrique, la distribution des pluies sur ce continent, les aires végétales, les régions des différentes langues, les groupes de religions, les principaux voyages de découvertes. Et il termine les considérations générales par l'historique intéressant des origines de la traite des nègres, en ajoutant que l'Afrique serait probablement déjà découverte dans son entier si tous les blancs qui y ont pénétré avait su être justes et humains envers les indigènes.

Le bassin du Nil s'étend de la région des grands lacs, où l'on cherche encore la véritable source de ce fleuve célèbre, au Delta, dans la basse Egypte, en passant par le pays des rivières, et à travers une multitude de peuplades que l'auteur a toutes signalées et décrites avec les régions qu'elles occupent, leurs mœurs, la forme de leurs gouvernements depuis le despotisme le plus absolu et le plus sanglant jusqu'à l'indépendance et la liberté les plus complètes. C'était une étude difficile, car ce bassin du Nil ne présente pas moins de quarante millions d'êtres humains. Les bourgs et les villages ont toujours été nombreux sur les bords du fleuve ; et aujourd'hui encore, ils se touchent le long des rives comme au temps d'Hérodote.

On regrette de ne pouvoir citer ici que quelques-uns de ces pays, l'Ethiopie, l'Abyssinie, le Choa, Khartoum, le Kardofân, la Nubie, etc.; et de ne pouvoir s'arrêter sur certains traits, sur certains récits de l'auteur, par exemple, une curieuse croyance sur le Nil, les recherches de son origine réelle, la description de l'imposante cascade qui termine le cours torrentiel du Nil Somerset, les mœurs des Waganda, dont le roi n'avait pas moins de sept mille épouses, imité par ses plus riches sujets, de telle sorte que la masse du peuple manquait de femmes, la répugnance pour la circoncision empêchant l'islamisme de s'établir dans l'Ou-Ganda malgré ses progrès dans toutes les localités environnantes, les mœurs intéressantes des Bazên, chez qui le sentiment d'égalité est le trait dominant et qui n'ont ni gouvernement, ni chefs, ni disputes, ni procès, les horreurs et les dévastations causées par la traite, l'état florissant des pays où les marchands d'esclaves n'ont pas pénétré, et tant d'autres faits d'un grand intérêt qui abondent dans le livre d'Elisée Reclus.

Dans ce livre, l'histoire de l'Egypte a été tracée à grands traits. La monarchie des Pharaons, à l'époque de sa plus grande étendue, embrassa tout l'espace compris entre les contrées équatoriales du haut Nil et les côtes de la Caspienne, entre les bords de l'Océan des Indes et les montagnes du Caucase. Mais, s'écrie Elisée Reclus, les expéditions guerrières sont toujours le signe avant-coureur de la décadence! — Qui le sait mieux que la France? — Sous le conquérant Ramsès II, la chute est rapide. Qui se douterait aujourd'hui que l'Egypte a été une puissance?

Du reste, l'auteur nous donne, sur l'Egypte ancienne et moderne, tous les renseignements désirables, la description géographique du sol, les forêts pétrifiées, les oasis et, en particulier, l'oasis de Siouah, où parlait l'oracle d'Ammon que vint interroger Alexandre, Thèbes et ses ruines, le climat, la flore et la faune, la population, les religions, le gouvernement, enfin, le récit des travaux anciens et modernes relatifs à l'isthme de Suez et la description actuelle de cet isthme.

Un grand nombre de planches vraiment remarquables embellissent ce volume d'ailleurs beau par la science, par le style, par l'exécution typographique; telles sont, entre autres, *le Nil, vue prise de l'île de Philœ; le Nil à Khartoum; Obok, vue prise de la rade; le canal de Suez au Sérapéum; le Caire et ses environs; Alexandrie, vue générale*; etc., etc.

Ce qui est digne d'attention et d'éloges, c'est l'admirable exactitude et l'infatigable courage avec lesquels Elisée Reclus marche à l'accomplissement de son œuvre immense et belle.

Richelot père.

Las aguas thermaes de Caldas (Les eaux thermales de Caldas), par M. le docteur Pedro Sanchez de Lemos. Rio-de-Janeiro, 1884.

Ce mémoire, très complet, ne manquera pas d'intéresser les médecins hydrologistes de l'Europe; car si les ressources thermales de l'ancien continent sont assez bien connues à l'heure actuelle, celles de l'Amérique, et surtout de l'Amérique méridionale le sont fort peu.

Au Brésil, où toutes les branches de la médecine sont en rapide développement, grâce à l'activité laborieuse d'une pléiade d'éminents médecins, amoureux du progrès et affamés de la science, on poursuit depuis quelques années l'exploration des richesses hydro-minérales du pays. Les eaux minérales de Caldas sont situées dans la province de Minas Geraes, à laquelle ses richesses géologiques ont acquis une réputation universelle. Bien que l'installation hydro-thermale de cette station soit récente, elle n'en a pas moins acquis déjà une réelle réputation que le mémoire de notre savant confrère, le docteur Pedro Sanchez de Lemos, contribuera à augmenter.

Au nombre de quatre, les sources de Caldas ont une thermalité élevée : 45 degrés pour celle de Pedro Botelho; 44,6 pour Chiquinha; 44 pour Mariquinha, et 41,2 pour Macacos. Elles émergent d'un terrain volcanique riche en basaltes, ont un débit total de 388 litres à la minute, et, d'après les analyses de M. Souza, présentent une composition chimique analogue aux eaux de Bagnères-de-Luchon. Elles excitent les fonctions cutanées, produisent la diaphorèse, activent la circulation périphérique ; mais, à une température élevée, possèdent une action plus sédative ; c'est assez dire que leurs indications correspondent à celles de nos eaux thermales sulfuro-sodiques des Pyrénées, chez les herpétiques, les arthritiques, les rhumatisants, les scrofuleux, dans les affections des voies respiratoires et dans les maladies de la peau.

Enfin, autre analogie, l'altitude de cette station est de 1,200 mètres au-dessus du niveau de la mer, de sorte que son climat salubre est exempt des inconvénients des contrées tropicales. De là, sans doute aussi, les effets reconstituants de ces eaux minérales et une partie de leur puissance. Tel est aussi l'avis d'un très estimé compatriote de M. de Lemos ; je veux parler de M. Joao-Pires-Farinha, qui, dans un savant mémoire publié dans les *Annolos del Circulo medico* de Buenos-Ayres, a magistralement exposé les propriétés de ces eaux, dont il a personnellement éprouvé les mérites.

A peu de kilomètres de la ville de Caldas, il existe un autre groupe de sources, les eaux de Rio-Verde-de-Caldas; elles émergent des fentes des rochers et sont riches en carbonate de soude et en sulfates alcalins. A l'intérieur, on les emploie contre les troubles gastro-intestinaux, les dyspepsies et les catarrhes vésicaux.

Riche en faits et en observations, le mémoire de M. Pedro Sanchez de Lemos mérite donc d'être consulté par tous ceux qui auront à écrire sur les eaux minérales; ils y trouveront de précieux détails sur les richesses de la province de Minos Geraes; un esprit de sage critique et une érudition tout à l'honneur de l'auteur et de la science médicale brésilienne dont il est un des représentants autorisés. — Ch. Eloy.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 décembre 1884. – Présidence de M. Marc Sée.

SOMMAIRE : Rapports sur deux observations de taille hypogastrique; — sur l'élongation des branches terminales du plexus bracchial dans un cas de trépidation épileptoïde d'origine traumatique; discussion. — Présentations de malades : Hernie étranglée abandonnée à elle-même; fistule stercorale consécutive; suture après laparotomie; guérison; — Cure radicale de hernie double inguino-scrotale irréductible.

M. PÉRIER fait un rapport sur deux observations de taille hypogastrique adressées, l'une par M. le docteur Houzel, l'autre par M. le docteur Delaunoy, tous deux de Boulogne-sur-Mer.

Le malade de M. Houzel, charretier, âgé de 58 ans, éprouvait, depuis quatre ans, des douleurs vésicales telles que, au bout des deux premières années, il avait été forcé de cesser tout travail.

M. Houzel, pour explorer la vessie, dut recourir à l'anesthésie. Malgré la résolution complète, l'intolérance de l'organe était si grande qu'au premier contact du cathéter, l'urine fut projetée à une grande distance et qu'il se produisit une chute du rectum.

M. Houzel constata la présence d'un calcul de 4 centimètres; les urines ne contenaient, d'ailleurs, ni sucre ni albumine.

Le chirurgien n'hésita pas à choisir la taille hypogastrique, qui fut pratiquée le 25 décembre 1883, avec toutes les précautions antiseptiques et après ballonnement du rectum. La pierre fut extraite sans incident. Deux tubes parallèles furent installés au fond de la vessie, et la plaie réunie au-dessus des tubes; pansement de Lister.

La pierre pesait 65 grammes; elle mesurait 38 centimètres cubes, et était composée d'acide urique et d'urate d'ammoniaque.

Tout alla bien au début; les tubes furent retirés le 1er janvier; l'urine commença à couler par la verge le 3. Le 15, la plaie était devenue linéaire; le ventre, souple, était indolore; l'état général était des plus satisfaisants.

Le 16, le malade fut repris de douleurs de reins et de diarrhée comme avant l'opération. La diarrhée ne put être arrêtée et, à partir de ce moment, la température diminua graduellement et descendit de 36°5 à 34°5 le 22 janvier, jour où le malade succomba après avoir présenté tous les signes de l'urémie, et sans que la plaie eût cessé de marcher régulièrement vers la cicatrisation jusqu'à la dernière minute.

Bien que l'autopsie n'ait pu être pratiquée, M. Houzel attribue la mort aux lésions rénales, déjà trop avancées quand le malade s'était adressé à lui.

L'observation de M. le docteur Delaunoy offre un intérêt particulier résultant de la rupture de la vessie pendant l'opération et de l'infiltration d'eau boriquée dans le tissu cellulaire pelvien, accidents qui n'ont pas empêché le malade de guérir.

Seulement, M. le rapporteur reproche à cette observation d'être un peu trop concise et de manquer de détails importants.

Cependant, le fait de M. Delaunoy est intéressant en ce qu'il montre une fois de plus l'innocuité d'une infiltration dans le tissu cellulaire d'un liquide à la fois antiseptique et non irritant comme la solution aqueuse d'acide borique.

Toutefois, il est à noter que les urines ont été tout à fait purulentes pendant quelques jours, sans que la température se soit élevée.

M. TILLAUX dit qu'il serait très important d'être fixé sur la longueur à donner aux incisions pratiquées sur la vessie dans la taille hypogastrique. En attendant que cette méthode, encore à l'étude, soit mieux connue dans tous les détails de son manuel opératoire, il semble à M. Tillaux que, dans l'opération de M. Delaunoy, la longueur de l'incision, 7 à 8 centimètres, a dépassé la limite raisonnable. Il pourrait se faire que cette longueur trop considérable ait été la cause des accidents de rupture et d'infiltration survenus pendant l'opération.

Un autre point sur lequel M. Tillaux croit devoir appeler l'attention de ses collègues, est celui de l'âge auquel il convient de pratiquer la taille hypogastrique.

Ayant fait récemment cette opération sur un enfant de 15 ans, il a été frappé des difficultés qu'il a rencontrées, et tout en admettant la supériorité de la méthode chez l'adulte, il croit devoir faire des réserves sur son application chez l'enfant; la taille périnéale, qui réussit admirablement bien sur les jeunes sujets, lui paraît de beaucoup préférable à la taille hypogastrique.

L'opération chez l'enfant dont il s'agit, quoique ayant présenté des difficultés relatives, n'en a pas moins été suivie de guérison.

M. Monod a dernièrement assisté M. de Saint-Germain dans une taille hypogastrique pratiquée à l'hôpital des Enfants; l'opération a présenté sans doute assez de difficultés, mais l'enfant a parfaitement guéri.

Dans une autre opération pratiquée également chez un enfant, M. Monod dit n'avoir pas rencontré de difficultés sérieuses.

M. Le Dentu rappelle qu'au dernier Congrès d'Amsterdam, un chirurgien hollandais a lu un rapport très détaillé sur un grand nombre d'opérations de taille hypogastrique pratiquées sur des enfants et suivies de nombreuses guérisons.

Sans nier les difficultés que l'on est exposé à rencontrer, dans certains cas, chez les enfants, M. Le Dentu incline à penser que l'on peut opérer, à cet âge, aussi bien par la voie hypogastrique que par la voie périnéale.

M. Tillaux fait remarquer que l'un des grands avantages de la taille hypogastrique sur la taille périnéale, chez l'adulte, c'est la facilité de son exécution et l'absence d'hémorrhagie. Or, chez l'enfant, cette supériorité n'existe plus; donc, la taille périnéale étant plus facile chez l'enfant, il semble qu'à succès égal, il y a lieu de lui donner la préférence sur la taille hypogastrique.

M. Chauvel fait un rapport sur une observation lue dans la dernière séance par M. le docteur Poulet (du Val-de-Grâce) et relative à l'élongation des branches terminales du plexus brachial dans un cas de trépidation épileptoïde d'origine traumatique.

Il s'agit d'un tirailleur algérien atteint à Sontay, le 14 décembre 1883, par une balle cylindro-conique qui, frappant le bras droit dans la région du pli du coude, paraît avoir lésé du même coup l'artère humérale et les nerfs médian et cubital. Un écoulement sanguin immédiat en jet rutilant, des hémorrhagies secondaires répétées conduisent à faire la ligature de la brachiale. Elle est pratiquée, le vingtième jour après la blessure, à la partie moyenne du membre.

Immédiatement après la blessure, l'avant-bras est affecté d'un tremblement qui ne fait que s'accroître après la cicatrisation des plaies, alors que la main reste complètement paralysée. L'électricité, les eaux de Bourbonne, etc., échouent complètement. Le blessé entre au Val-de-Grâce le 10 septembre 1884, neuf mois après son accident. Solidement enfermés bien plus que soutenus dans une écharpe, le bras contre le tronc, la main et l'avant-bras sont serrés contre la poitrine avec force et agités de petits mouvements fibrillaires, d'une sorte de tremblement perpétuel. Cherche-t-on à mouvoir le membre, aussitôt les oscillations augmentent, et, quand on l'écarte du thorax, les secousses deviennent violentes et se succèdent avec une extrême rapidité. Aux mouvements d'extension produits par les contractions du triceps, font suite immédiatement des flexions si énergiques que la main fermée vient frapper contre la paroi thoracique en produisant un bruit régulier. Ces mouvements alternatifs d'extension et de flexion ne cessent que lorsque le bras revient à sa position habituelle.

En serrant énergiquement les deux parties du membre, on diminue la trépidation sans l'arrêter complètement.

Les muscles ne répondent plus à la volonté, mais la contractilité électrique persiste, intacte pour les supinateurs et les radiaux, diminuée pour le rond pronateur et le grand palmaire, presque abolie dans les masses musculaires de la main. Les réflexes tendineux du poignet ont disparu. Le membre supérieur droit est atrophié au-dessous du coude, et l'on constate également des troubles trophiques sur la peau de l'avant-bras et de la main.

Il y a perte des trois modes de sensibilité sur ces dernières parties et la ligne de réparation correspond à peu près au pli du coude, sans zone d'hyperesthésie à ce niveau. Sur le trajet du nerf cubital, à hauteur de l'épitrochlée, impression douloureuse qui s'exagère pendant la trépidation épileptoïde.

D'après le trajet de la balle, d'après les phénomènes observés, il n'est pas douteux que les nerfs médian et cubital aient été intéressés, ce dernier seulement en partie.

En remontant de l'extrémité du membre vers sa racine, on rencontre trois zones bien distinctes ; l'inférieure paralytique, la moyenne caractérisée par la trépidation épileptoïde, la supérieure où la motilité est intacte.

Tous les moyens de traitement ayant échoué, M. Poulet, après avoir pris l'avis de M. Chauvel, se décida à pratiquer l'élongation des branches terminales du plexus brachial dans la région axillaire. Successivement isolés sur une petite étendue et soulevés

sur le crochet de l'élongateur Gillette, les trois troncs nerveux furent soumis à une traction de 6 kilogr. 500 pour le radial, de 6 kilogr. pour le cubital et de 4 kilogr. 500 pour le médian atrophié. Iodoforme, suture métallique, pansement de Lister.

Dès la fin du sommeil chloroformique on peut constater que les contractions épileptoïdes ont cessé. A un commandement impérieux, l'opéré soulève son bras, le déplace, mais l'exécution se fait par saccades et le membre reste inerte dès que la volonté cesse d'agir.

A partir de ce moment l'état ne se modifie pas sensiblement. On peut enlever l'écharpe, détacher le bras du tronc, à peine constate-t-on quelques légers tremblements presque aussitôt disparus. — Les mouvements volontaires des muscles qui étaient auparavant en trépidation épileptoïde, sont devenus possibles dans une certaine mesure, mais le membre ne passe d'une position à une autre que par une série d'oscillations bien accentuées qui se terminent peu après la cessation de l'effort volontaire.

La main reste la même, les troubles de la sensibilité persistent. En somme l'opéré quitte l'hôpital très soulagé et satisfait.

M. Berger pense que, à l'égard de l'élongation, comme en ce qui concerne les autres méthodes opératoires, il n'est pas moins utile de faire connaître les revers que les succès, sans oublier même les cas terminés d'une manière fatale.

Sur un homme entré à Bicêtre dans le service de M. Joffroy, et qui était atteint d'une névralgie sciatique très ancienne, M. Berger, à la demande du chef du service, a pratiqué l'élongation du nerf sciatique, qui lui paraissait parfaitement indiquée d'ailleurs, et après s'être assuré, de concert avec M. Joffroy, qu'il n'existait aucune contre-indication provenant d'une maladie viscérale quelconque.

Le malade ayant été endormi et le nerf mis à découvert, M. Berger pratiqua des tractions dont il évalue la force à 8 ou 9 kilogrammes. Après l'élongation, la plaie fut fermée par plusieurs points de suture, on plaça un drain et on appliqua un pansement antiseptique.

Le lendemain à la visite du matin, M. Berger trouva le malade dans un état très grave ; la température était très élevée ; en un très court espace de temps, il s'était développé un phlegmon diffus avec infiltration de gaz dans le membre. Le soir, la température s'était accrue encore, le malade tombait dans le coma et succombait 48 heures après l'opération.

A l'autopsie, outre la phlegmon diffus et l'infiltration de gaz, on constatait de la suppuration sous forme de grumeaux le long de la gaine du nerf sciatique et une méningo-myélite suppurée externe.

M. Berger conclut qu'il faut être très réservé, lorsqu'on a affaire à des cas dans lesquels on peut supposer l'existence d'une méningo-myélite plus ou moins latente. Pour lui il n'a jamais eu lieu de s'applaudir de s'être laissé aller à faire l'élongation des nerfs, car ses tentatives ont été suivies presque constamment d'insuccès, et il n'est guère tenté de recommencer.

M. Verneuil préfère à l'élongation la neurothripsie ou rupture du nerf sur la sonde cannelée. Cette opération lui a donné des résultats merveilleux dans plusieurs cas, entre autres chez un chef de train qui avait eu, à la suite d'une plaie de la main, des spasmes extrêmement violents et qui fut complètement guéri par la neurothripsie du nerf radial.

M. Le Dentu n'a jamais eu l'occasion de pratiquer l'élongation de gros troncs nerveux; mais il a fait l'élongation des nerfs de la face. Sur un malade qu'il a présenté en 1880 ou 1881, et qui était atteint de tic douloureux de la face étendu à toutes les branches du trijumeau, il a pratiqué l'élongation du nerf lingual seulement, et cette opération a suffi, suivant ses prévisions, pour faire cesser la douleur dans toutes les autres branches du trifacial.

Malheureusement, la guérison n'a été que momentanée; au bout de trois mois, les douleurs sont revenues, moins intenses, il est vrai, dans toutes les branches nerveuses précédemment affectées, excepté dans le nerf lingual où elles n'ont pas reparu.

M. Le Dentu a pratiqué alors l'élongation et probablement la neurotripsie du nerf sous-orbitaire, car sur ce nerf il semble difficile de pouvoir faire l'une sans l'autre de ces opérations. Le résultat a été également passager, et la malade est sortie du service de M. Le Dentu pour entrer quelque temps après dans celui de M. Périer.

Dans un autre cas, chez un malade de l'hôpital Saint-Louis, l'élongation n'a pas donné de résultat; les douleurs sont revenues immédiatement après l'opération.

En opposition à ces insuccès, M. Le Dentu cite un fait de guérison obtenue par l'élongation avec rupture incomplète du nerf sous-orbitaire sur un client de M. le docteur Le Pilour. Ce malade, opéré depuis trois ans, n'a pas eu de récidive jusqu'à ce jour.

Enfin M. Le Dentu a pratiqué non plus l'élongation, mais la résection du nerf auriculo-temporal (opération unique peut-être en ce genre) sur une cliente de M. le docteur Leroy, qui avait un tic tellement douloureux que, ne pouvant faire aucun mouvement, particulièrement de mastication, sans éprouver des douleurs atroces, elle était réduite à se laisser mourir littéralement de faim. La résection en avant du tragus a porté sur une longueur d'un centimètre environ. Elle a été suivie d'un résultat relativement très satisfaisant, car la malade n'a pas eu de récidive pendant dix-huit mois, laps de temps après lequel elle a succombé à une affection cardiaque.

M. Périer donne quelques renseignements sur la malade qui, du service de M. Le Dentu, est entrée dans le sien pour une récidive d'un tic facial extrêmement rebelle; car celui-ci guéri déjà cinq fois, soit par un traitement interne, soit par des opérations, est revenu aujourd'hui avec la même violence.

M. Pozzi croit pouvoir conclure des faits qu'il a eu l'occasion d'observer et de ceux dont il a lu la relation, que la résection est bien supérieure à l'élongation au point de vue de la durée de la guérison. A une vielle dame atteinte d'un tic facial extrêmement douloureux et dont le père s'était suicidé pour une affection du même genre, M. Pozzi a pratiqué la résection du nerf sous-orbitaire dans l'orbite, suivant le procédé de Létiévant. Au bout d'un an, les douleurs ayant reparu, M. Pozzi a pratiqué une nouvelle résection, qui depuis dix-huit mois n'a pas été suivie de récidive.

Sur un médecin atteint de *lupus rodens* accompagné de douleurs atroces au niveau du plexus sous-orbitaire, M. Pozzi a pratiqué la résection du nerf sous-orbitaire, il y a sept ou huit mois, et le malade est, depuis cette époque, absolument guéri de ces douleurs qui le rendaient comme fou.

M. Monod a relevé dans un récent rapport une série d'observations d'élongation du nerf dentaire inférieur, et il a constaté qu'un seul de ces cas, celui appartenant à M. Marc Sée, avait été suivi de succès.

M. Monod fait observer en passant que l'on confond habituellement l'élongation avec la distension et la rupture des nerfs, car il arrive souvent que le chirurgien ne sait pas bien au juste ce qu'il a fait.

M. Marc Sée donne des nouvelles du malade auquel M. Monod vient de faire allusion. Opéré par l'élongation du nerf dentaire inférieur, ce malade est resté guéri pendant dix-huit mois. Malheureusement, au bout de ce temps, les douleurs sont revenues. M. Sée lui a fait alors l'ouverture du canal dentaire au fond duquel, dans une étendue de 2 ou 3 centimètres environ, il a promené la pointe d'un thermo-cautère. Depuis cette cautérisation profonde, le malade n'a plus souffert.

M. Tillaux rappelle que la malade à laquelle il a fait, il y a huit ans, la résection du ner fmaxillaire supérieur, est restée complètement guérie depuis cette époque.

M. Terrillon a pratiqué la résection du nerf sous-orbitaire dans le fond de l'orbite; la guérison a persisté pendant trois ans; puis les douleurs ayant reparu au niveau des gencives, M. Terrillon a pratiqué sur ce point une cautérisation avec le thermo-cautère après laquelle les douleurs ont cessé complètement.

M. Chauvel, résumant la discussion, dit que l'élongation des nerfs est encore à l'étude, et que, pour apprécier la valeur de cette opération, il faudrait tenir compte de tous les cas où elle a été appliquée, soit aux gros troncs nerveux, soit aux petits nerfs de la face, soit aux nerfs de sensibilité générale et spéciale, soit enfin et surtout aux nerfs *mixtes*, afin d'en déterminer les effets sur les troubles de la motilité comme sur ceux de la sensibilité.

M. Tillaux a fait trois fois l'élongation de gros troncs nerveux, et il n'a vu survenir d'accidents locaux ni généraux à la suite de cette opération.

M. Monod a pratiqué l'élongation du nerf sciatique sans accident ni local ni général.

— M. Périer présente un malade chez lequel une hernie étranglée abandonnée à elle-même s'est terminée, au bout de deux mois, par une fistule stercorale. M. Périer a pratiqué la laparotomie et a fermé la fistule à l'aide de quelques points de suture. Il se propose de donner, mercredi prochain, la relation détaillée de cette observation.

— M. Bouilly présente un malade sur lequel il a tenté la cure radicale d'une hernie inguino-scrotale double, depuis très longtemps incoercible malgré les appareils et les bandages les mieux perfectionnés. La tumeur pendait à 40 ou 45 centimètres sur les

cuisses et rendait au malade tout travail impossible; il demandait instamment à être soulagé. Grâce à une série d'opérations et de sutures portant sur la partie intra-abdominale et sur la partie extra-abdominale ou scrotale de la tumeur, M. Bouilly est parvenu à la réduire au point que le malade peut aujourd'hui marcher, aller et venir, travailler en se servant comme appareil contentif d'un simple suspensoir. — A. T.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 décembre 1884. — Présidence de M. Bucquoy

Sommaire : *Lecture de Notices biographiques. — L'infection tuberculeuse par la voie génitale. — Election du bureau pour 1885.*

Après le dépouillement de la correspondance, trois notices biographiques consacrées à MM. *Oulmont*, *Moreau* (de Tours) et *Rathery* ont été lues, les deux premières par M. Desnos, secrétaire général, la dernière par M. Rendu. Nombreux applaudissements.

M. Richard fait hommage de son article Typhus, du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie.*

M. Fernet lit un travail sur l'*infection tuberculeuse par la voie génitale.*

L'auteur laisse de côté la question de la transmission de la tuberculose par hérédité, c'est-à-dire du père à l'enfant par la fécondation. Il a en vue la transmission directe d'un sexe à l'autre par les rapports sexuels. La règle de Louis, — après quinze ans, lorsqu'un sujet présente des tubercules d'un organe quelconque, les poumons sont toujours tuberculeux, — est vraie sans doute dans un grand nombre de cas, mais il s'en faut de beaucoup qu'elle le soit constamment. Elle devrait être modifiée ainsi : le développement des tubercules dans un organe quelconque aboutit presque toujours à la tuberculisation du poumon, sur lequel viennent frapper d'ailleurs tôt ou tard toutes les maladies migratrices.

L'étude des tuberculoses localisées primitives, si soigneusement faite depuis ces dernières années, a montré que l'infection tuberculeuse pouvait envahir l'organisme primitivement par les voies aériennes, le tube digestif, la peau et les voies génito-urinaires. C'est aux tuberculoses génitales primitives que M. Fernet a consacré ses recherches depuis un an; il y a été conduit par son étude précédente sur la tuberculose péritonéo-pleurale.

Cohnheim avait déjà déclaré « au moins admissible » que, par le coït avec une femme atteinte de tuberculose utérine, l'homme pût contracter la tuberculose génitale. L'année suivante, M. Verneuil posait parfaitement la question et traçait un plan d'études excellent, mais sans apporter de faits démonstratifs; aussi M. Vallin, dans son rapport sur la prophylaxie de la tuberculose, regardait-il la transmission par la voie génitale comme possible, mais non démontrée.

Depuis qu'il a pris soin de faire, chez tous les tuberculeux qu'il a eu à soigner, une enquête minutieuse sur le mode de début de leur maladie, M. Fernet a rencontré un certain nombre de cas bien nets de tuberculoses génitales primitives ou au moins tellement prépondérantes dans le tableau clinique par la gravité des lésions et la rapidité de la marche qu'il y a tout lieu de croire qu'elles avaient devancé les manifestations tuberculeuses des autres organes.

Voici le résumé des quatre plus remarquables :

Une femme de 25 ans est atteinte d'une tuberculose génitale, alors que les signes de tuberculose du poumon sont très peu accentués. Sa mère est morte phthisique, il est vrai; mais, à part des gourmes dans l'enfance, la malade avait toujours joui d'une bonne santé jusqu'à 22 ans. A cette époque, elle vécut maritalement avec un homme qui est mort phthisique au bout de deux ans. Cette femme présenta, à partir de ce moment, de la leucorrhée, de la vulvo-vaginite et de la pelvipéritonite tuberculeuses; quelques bacilles furent constatés dans l'écoulement leucorrhéique. Des lésions tuberculeuses commençantes se montraient à la langue, aux poumons, à l'oreille. Après quatre mois de traitement dan le service de M. Fernet, grâce surtout à la suralimentation, la malade sortit très améliorée.

Une négresse de 30 ans, venue en France très jeune, s'est toujours bien portée jusqu'à l'époque où elle a eu des relations avec un blanc, qui la rend mère trois fois. L'homme meurt phthisique. La femme présente depuis trois mois des accidents génitaux consistant en un adénophlegmon tuberculeux, suppuré, ouvert dans la vessie et le rectum; des signes

de tuberculose pulmonaire au début existent au sommet du poumon droit. Au bout de trois mois, elle sort de Beaujon en voie d'amélioration.

Un homme de 29 ans est atteint de phthisie pulmonaire et laryngée ; mais il a surtout des accidents génito-urinaires considérables : épididymite caséeuse, adénite pelvienne, albuminurie. Il meurt et à l'autopsie on trouve des lésions testiculaires et rénales, évidemment plus anciennes et plus avancées que celles des voies aériennes.

Un homme de 37 ans présente de la tuberculose péritonéo-pleurale et pulmonaire ; mais ses organes génitaux sont surtout atteints ; il porte des noyaux caséeux dans l'épididyme, la vésicule séminale et le canal déférent droits, ainsi qu'une adénite iliaque du même côté. En l'interrogeant, on apprend que, longtemps avant de se sentir malade, il avait eu plusieurs écoulement uréthraux de quelques jours de durée, peu douloureux, guérissant sans traitement. L'autopsie a confirmé, quelque temps après, le diagnostic de lésion tuberculeuses génitales antérieures à celles de la plèvre et du péritoine.

Les déductions pathogéniques que l'on peut tirer des faits précédents gagneraient sans doute en netteté, si on pouvait, comme l'a conseillé Verneuil, pratiquer habituellement la confrontation des tuberculeux, homme et femme, et constater chez tous deux la tuberculose génitale.

Il faudrait aussi, pour plus de certitude, constater la présence de bacilles dans les liquides issus des organes génitaux. Déjà M. Babès les a trouvés dans l'urine d'un homme tuberculeux, de son vivant, — et chez une femme atteinte d'une ulcération tuberculeu s dans le muco-pus vaginal.

M. Cornil a rapporté le cas d'un jeune homme de 15 ans qui, après avoir eu des rapports avec une fille publique, fut atteint de blennorrhagie et d'une cystite intense ; le cathétérisme faisait constater dans la vessie une surface ulcérée fongueuse ; on trouva dans l'urine muco-purulente des bacilles tuberculeux en touffes et des spores, ces dernières attribuables à la blennorrhagie.

M. Fernet a vu lui-même quelques bacilles dans le pus issu de l'abcès péri-utérin d'une de ses malades.

Enfin, pour que la démonstration fût rigoureusement complète, il faudrait sans doute pouvoir cultiver les bacilles trouvés dans les écoulements génitaux et reproduire la tuberculose par inoculation chez les animaux. Mais jusqu'ici des recherches de ce genre n'existent pas.

On a invoqué, pour expliquer l'apparition de la tuberculose génitale primitive, l'influence d'un traumatisme éveillant la diathèse; c'est notamment l'opinion de M. Gosselin ; M. Fernet croit que le traumatisme dans ce cas ne peut être qu'une des formes du coup de pied de Vénus. On a invoqué le cathétérisme comme cause déterminante de l'évolution tuberculeuse urinaire ; mais, comme l'a dit M. Verneuil, le traumatisme ne crée pas les microbes, il ne peut que leur ouvrir une porte d'entrée.

Quoi qu'il en soit, la tuberculose génitale est une des plus localisées. Elle apparaît presque toujours de 15 à 35 ans, c'est-à-dire à l'âge de la plus grande activité des organes génitaux, ainsi que cela résulte des statistiques de Brouardel et Verneuil pour la tuberculose des organes sexuels de la femme, et de Reclus pour celle du testicule.

N'est-il pas plus naturel d'admettre que la localisation primitive de la tuberculose sur l'appareil génital résulte d'une inoculation directe, au lieu de supposer que les bacilles, après avoir pénétré par un autre point de l'économie et traversé tant d'autres organes, soient venus se fixer précisément dans ceux-là ?

M. Fernet insiste encore sur quelques particularités propres à la tuberculose génitale. Son évolution est quelquefois très lente, elle peut rester latente pendant des années, surtout chez l'homme. Elle reste le plus souvent localisée, mais peut aussi s'étendre au péritoine ; chez la femme bon nombre de tuberculoses péritonéo-pleurales subaiguës ont cette origine.

Les adénopathies pelviennes tuberculeuses jouent dans l'enchaînement de ces accidents un rôle analogue à celui des adénopathies trachéo-bronchiques dans la tuberculose thoracique. Enfin des colonies de bacilles peuvent aller infecter toute l'économie ou les poumons seuls par voie de généralisation ou d'envahissement.

Deux ou trois symptômes ont une importance capitale. — Chez l'homme, il faut tenir pour suspectes ces blennorrhées que Ricord avait déjà considérées comme tuberculeuses, écoulements légers, fugaces, guérissant spontanément, mais récidivant facilement. Elles ne sont pas, comme l'ont dit certains observateurs, cause de la tuberculose génitale, en créant l'opportunité morbide; il faut plutôt les considérer comme la conséquence de lésions tuberculeuses déjà existantes. Reclus, Guyon, Dolbeau ont vu des granulations et ulcérations tuberculeuses en divers points de la muqueuse uréthrale. On peut encore se demander si, lorsqu'il existe des nodosités caséeuses dans l'épidi-

dyme, la prostate, les vésicules séminales, leur présence sur le trajet du sperme n'expose pas celui-ci à s'adultérer. Chez la femme, certaines leucorrhées sont liées à des lésions tuberculeuses de la muqueuse vaginale : 4 ou 5 observations de Brouardel, 14 de Vermeil, démontrent l'existence d'ulcérations tuberculeuses sur le vagin ou le col de l'utérus. Celles-ci, d'ailleurs, peuvent échapper à l'examen, car leur évolution est très rapide; Cornil en a vu une se cicatriser en trois semaines. On sait que la tuberculisation des trompes et du corps de l'utérus est la plus fréquente. C'est la pelvipéritonite tuberculeuse qui attire le plus souvent l'attention la première; elle est douloureuse, s'accompagne peut-être de moins de fièvre que la pelvipéritonite simple. Cependant elle tend à suppurer rapidement. Les lésions inflammatoires peuvent envahir par poussées successives tous les organes du bassin, notamment les ganglions lymphatiques; elles constituent le phlegmon péri-utérin subaigu à répétition, qu'on peut aussi bien appeler adénophlegmon ou adéno-pelvipéritonite avec M. Martineau. Le processus tuberculeux génital se montre, en somme, très analogue à celui du poumon.

Certaines conséquences prophylactiques doivent être déduites des notions précédentes. M. Salleron, médecin militaire, cité par Reclus, a vu fréquemment l'épididymite tuberculeuse dans les casernes chez de jeunes sujets dans de bonnes conditions hygiéniques, et, sur 51 cas, une seule fois le malade présentait des signes non douteux de phthisie pulmonaire. Parmi les aléas qu'un coït hasardeux fait courir, on doit donc ajouter à la syphilis et à la blennorrhagie la possibilité de l'infection tuberculeuse.

La tuberculose génitale étant relativement bénigne et pouvant évoluer lentement sans retentir gravement sur l'état général, il est indispensable de chercher à la maintenir et à la combattre dans son foyer primitif. Outre le traitement général hygiénique et tonique, dont la suralimentation doit être la base, il convient d'agiter la question de la destruction de cette colonie tuberculeuse qui constitue un danger permanent. C'est là une question grave et délicate qui réclame du chirurgien un tact médical très développé. M. Trélat a insisté en 1881 et 1883 sur les transformations que, depuis peu d'années, la hérapeutique a subies sur ce point. La conclusion légitime est de supprimer les tuberuloses locales aussitôt que possible, si l'état général le permet.

Les élections pour le renouvellement du bureau ont donné le résultat suivant : M. Vidal, président; M. Desnos, secrétaire général; MM. Legroux et Barth, secrétaires d es séances ; M. R. Moutard-Martin, trésorier; MM. Bucquoy, Hérard, Besnier et Labric, membres du conseil de famille et de discipline.

P. L. G.

VARIÉTÉS

Les Savants délaissés

Sous ce titre a paru dans la *Revue scientifique* du 13 décembre un remarquable article de M. E. Frémy, membre de l'Institut, qui, s'inspirant d'une pensée généreuse, fait appel à l'initiative individuelle pour assurer aux travailleurs scientifiques dépourvus de fonctions officielles, l'indépendance matérielle indispensable à la poursuite de leurs recherches.

« Les jeunes gens qui se destinent à la carrière des sciences, dit M. Frémy, se divisent en deux groupes : les uns appartiennent à l'Université ; ils entrent à l'Ecole Normale, prennent successivement les grades de bachelier, de licencié, d'agrégé et s'adonnent ensuite au professorat ; les autres ne professent pas et consacrent tout leur temps à des recherches originales dans le but d'étendre le domaine de la science

Les premiers trouvent devant eux une carrière universitaire organisée et progressive qui leur donne une situation honorable; leur avenir est en quelque sorte assuré.

Les autres, dont le nombre est considérable, qui sortent de l'École polytechnique, du Muséum, du Collège de France, des laboratoires dirigés par les professeurs ont souvent renoncé à des carrières lucratives et certaines pour se livrer entièrement à la recherche des vérités scientifiques ; ce sont les *Volontaires de la science.*

S'ils ne professent pas, ils donnent à l'enseignement public ses principaux éléments ; en publiant leurs recherches, ils abandonnent généreusement des découvertes qui pourraient souvent assurer leur fortune ; s'il était possible d'exprimer en argent l'importance des travaux de science pure qui ont donné lieu à des applications industrielles, on arriverait à des sommes considérables.

.... Le pays commet donc une grande faute et une véritable injustice en n'assuranti pas un certain avenir à ceux qui font avancer la science par leurs travaux ; il perd ains

des savants éminents, qui se trouvent, faute de ressources, dans la nécessité d'abandonner leurs recherches.

Il n'est pas question bien entendu de faire naître de fausses vocations scientifiques par des encouragements mal placés ; on ne fabrique pas des savants, mais il faut reconnaître que les plus courageux peuvent être arrêtés dans leurs efforts par des difficultés insurmontables. Il ne faut pas que l'on puisse dire qu'en France il est indispensable d'être riche pour faire de la science.

C'est donc la *rémunération du travail scientifique* qu'il faudrait réaliser.

M. Frémy s'était d'abord adressé à l'Etat ; mais les charges du budget ont empêché qu'on ne donnât suite à son projet.

Aujourd'hui, plein de confiance dans la justice de la cause qu'il défend, il fait, sans se décourager, appel à l'initiative individuelle.

Il propose la création d'un comité d'encouragement en faveur des savants qui se vouent avec succès au culte de la science pure.

Ce comité réalisera par souscription un capital, dont l'intérêt sera consacré à l'œuvre scientifique qu'il est si désirable de fonder ; c'est lui qui arrêtera les détails d'exécution du projet dont M. Frémy a voulu seulement poser le principe.

Le comité instituera, en dehors du professorat, un certain nombre de places destinées à encourager les hommes de science délaissés.

Les savants qui seront choisis par le comité appartiendront à trois classes : Ceux de la 3e classe recevront une rétribution annuelle de 2,000 fr. ; ceux de la 2e classe, 4,000 fr. ; ceux de la 1re classe, 6,000 fr.

Pour entretenir chez les lauréats une ardeur constante, les nominations ne seront faites que pour un an, mais elles seront renouvelées tant que le savant se montrera digne, par ses travaux, de la position qui lui aura été donnée.

M. Frémy termine ainsi son appel : « Je suis persuadé que tous ceux qui aiment la science, et qui lui doivent leur position ou leur fortune, prendront part à la souscription que nous ouvrons aujourd'hui ; ils voudront apporter leur concours à une œuvre qui exercera la plus grande influence sur le développement de la science. — Je m'inscris sur la liste de souscription pour une somme de 5,000 francs. »

Nous ne savons quel sera le résultat de la tentative si honorable de M. Frémy ; nous espérons qu'elle sera couronnée d'un succès complet, et déjà nombreux sont les souscripteurs, nous a-t-on dit. En tout cas, nous avons pensé que le projet était de ceux qui ont droit à l'appui et à la publicité de toute la presse scientifique. — P. L. G.

COURRIER

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Couty, qui a succombé, à Rio-de-Janeiro, à peine âgé de 30 ans, à une pleurésie double. M. Couty, qui s'était fait connaître par de nombreuses communications à la Société de biologie, avait été nommé professeur de physiologie à la Faculté de Rio-de-Janeiro, quoique bien jeune encore, et avait déjà conquis, dans cette ville, une grande autorité, autant par ses travaux et son enseignement que par son caractère.

Concours. — Un concours pour les prix à décerner aux élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices civils de Paris s'ouvrira le lundi 9 février 1885, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique à Paris, 3, avenue Victoria.

Le registre d'inscription sera ouvert au secrétariat général de l'administration, tous les jours, de onze heures à trois heures, du lundi 5 janvier au mercredi 21 du même mois.

Société médico-pratique de Paris. — Dans sa dernière séance la Société médico-pratique a constitué, comme il suit, son bureau pour l'année 1885 : président, M. H. Huchard ; vice-président, M. A. Picard ; secrétaire-général, M. J. Cyr ; secrétaires annuels, MM. Deniau et Tripet ; trésorier, M. Dehenne ; archiviste, M. Apostoli.

La Société dans la même séance, a changé, à partir de janvier 1885, le jour de ses séances qu'elle a fixé au deuxième lundi de chaque mois, à quatre heures, au lieu du quatrième mercredi de chaque mois.

Fin du Tome XXXVIII (Troisième série).

Le Gérant : G. RICHELOT.

TABLE DES MATIÈRES DU TOME XXXVIII

(TROISIÈME SÉRIE)

JUILLET, AOUT, SEPTEMBRE, OCTOBRE, NOVEMBRE, DÉCEMBRE 1884.

A

B

C

D

G

H

I

J

K

L

M

N

O

T

U

V

Z

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs